

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N^o 21

Le Syndrome Émotionnel

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 novembre 1919

PAR

FRAISSE GEORGES

Né à Mende (Lozère) le 13 novembre 1886

Interne de la Clinique des maladies mentales et nerveuses
de la Faculté de médecine
(Concours 1910)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	MAIRET, Professeur, <i>Président</i> .	
		VIRES, professeur,	{ <i>Assesseurs.</i>
		CABANNES, agrégé,	
		EUZIÈRE, agrégé,	

MENDE
IMPRIMERIE IGNON-RENOUARD
1919

LE SYNDROME ÉMOTIONNEL

(Thèse de Montpellier)

PAR

G. FRAISSE

DOCTEUR EN MÉDECINE

EX-INTERNE DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.



MENDE

IMPRIMERIE IGNON-RENOUARD

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (o 11)
Clinique médicale.....	CARRIEU (✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (o ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (o ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (✱).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de cours complémentaires.

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, (prof. ad.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adjoint.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (o ✱, ✱) a. l. (ch. dec.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✱, ✱, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique ann. des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS, (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ROGER
GRYNFELT (✱)	P. DELMAS	ETIENNE
LEENHARDT	EUZIÈRE	LISBONNE
GAUSSEL (✱, ✱)	J. DELMAS	PACH (ch. d'agrég)
RICHE	RIMBAUD	

Examinateurs de la thèse

MM. MAIRET, professeur, président,	MM. EUZIÈRE, agrégé.
VIRES, professeur.	CABANNES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LE SYNDROME ÉMOTIONNEL

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales,
Doyen de la Faculté de Médecine.

Qu'il trouve ici l'assurance de toute notre gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours porté. Nous devons tout à son enseignement et nous n'oublierons jamais les encouragements et les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIÈRE

Il nous a préparé à l'internat des asiles, et nous a toujours réservé le meilleur accueil. Qu'il croie à toute notre reconnaissance.

G. FRAISSE.

AUX MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Le docteur **MARGAROT** nous a guidés dans le choix de notre sujet. Il nous a communiqué les nombreux documents originaux qu'il possédait, et nous lui devons le meilleur de notre travail.

En maintes circonstances nous avons pu, déjà, apprécier sa sûre amitié. Nous le prions ici de compter entièrement sur la nôtre.

G. FRAISSE.

AUX MIENS

IN MEMORIAM

A LA MÉMOIRE

DE MES CAMARADES

DE FACULTÉ ET DE RÉGIMENT

MORTS POUR LA PATRIE

G. FRAISSE.

A MA MÈRE
A MON ONCLE EUGÈNE MOURET

Témoignage de ma profonde affection.

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

En souvenir de nos années d'excellente amitié.

G. FRAISSE.

Première Partie

HISTORIQUE

Au début d'un livre d'ailleurs remarquable par les vérités cliniques qui s'y trouvent précisées, Léri parle assez dédaigneusement des connaissances que l'on avait avant la guerre de commotions et des émotions.

De fait, la plupart des médecins, au début de la campagne, formés par des maîtres exclusivement préoccupés d'établir une délimitation rigoureuse entre les manifestations d'origine organique et les troubles fonctionnels, ignoraient tout de l'influence pathogène des émotions.

Cependant, en dehors du grand courant de la mode lancée par les sectateurs de la neurologie positive, subsistaient un peu partout et en particulier à l'École de Montpellier des idées dont la persistance n'était pas le fait d'un traditionalisme étroit mais du simple bon sens clinique.

On connaît le livre de Féré sur la pathologie des émotions. On sait qu'il faisait jouer à ces dernières le rôle de « *causes provocatrices*. » — « On naît hystérogène ou épileptogène, écrivait-il. On ne le devient pas. »

Notre maître, M. le Professeur Mairet, étudiant les rapports de la dégénérescence mentale avec l'hystérie, rapporte l'observation résumée d'une jeune héréditaire qui présenta à

la suite d'une violente émotion un syndrome délirant caractérisé essentiellement par des hallucinations visuelles terrifiantes se rapportant à la frayeur initiale. Ces troubles mentaux ont rapidement fait place aux manifestations classiques de l'hystérie banale. (Encéphale — 1913).

Claude a cité à la *Réunion annuelle de Neurologie et de Psychologie*, en 1909, des faits nettement démonstratifs du rôle de l'émotion dans la genèse de l'hystérie et de l'épilepsie. Il a observé « des jeunes filles qui à la suite d'un épisode émotif entraient à la Salpêtrière avec des crises convulsives au cours desquelles elles paraissaient avoir des hallucinations terrifiantes. »

Euzière et Margarot ont rapporté un cas analogue — (1910).

En 1913, Margarot et Blanchard publient à la Société Médicale de Montpellier des observations de psychonévroses diverses ayant eu pour point de départ un choc émotif.

Dubois (1913) fait remarquer qu'on n'a pas suffisamment étudié l'influence de l'émotion sur les fonctions psychologiques du cerveau.

Il attribue l'émotivité exagérée de certains sujets à deux causes principales :

1^o Jugement faux sur la valeur de l'événement primaire, toujours dans un sens pessimiste et pusillanime.

2^o Exagération et fixation des désordres post-émotionnels.

Grasset, envisageant les psychonévroses de guerre en avril 1915, note le rôle de la commotion dans leur genèse, mais ne précise pas l'action possible de l'émotion.

Régis, admet le rôle du traumatisme émotionnel et insiste sur la prédisposition émotive.

Roussy, fait ressortir l'importance du rôle d'une épine organique, qui, le plus souvent, semble à la base du processus psychique, surtout quand il s'agit de sujets sans antécédents nerveux.

Pour Soukhanoff, à côté de troubles engendrés par un traumatisme physique avec lésions organiques, il existe des troubles dus au choc émotionnel. Celui-ci crée surtout

des manifestations psychogènes hystériformes nées sous l'influence d'impressions terrifiantes.

Majrét et Piéron (juin 1915), établissent l'unité des troubles neuro-psychiques constituant le « *Syndrôme commotionnel* » mais distinguent, dans le tableau clinique une catégorie de ces troubles correspondant aux *chocs émotionnels*. Ils notent dans ces cas « des manifestations de l'affectivité (peur, inquiétude) avec leur répercussion imaginative (cauchemars, hallucinations terrifiantes), des amnésies lacunaires et des troubles de fixation particulièrement accentués et de moindres perturbations évocatrices (peu d'amnésie rétrograde) et sensorielles. »

Revenant sur la question 18 mois après et se basant sur l'examen de plus de 300 cas, ces auteurs font du syndrome émotionnel la description suivante :

Tout d'abord, ils signalent un retard dans l'apparition des accidents causés par le choc émotionnel. Il existe une phase d'incubation, de durée variable selon les cas.

Elle est suivie d'une phase de délire de peur à caractère onirique, avec hallucinations. En proie à une profonde terreur, l'émotionné, revit dans ses moindres détails la scène tragique qui l'a bouleversé.

Au bout de quelques jours, les manifestations aiguës s'amendent, laissant après elles une émotivité très grande, tenace, se traduisant sous forme d'inquiétude, de peur allant jusqu'à l'angoisse.

Les malades tressaillent au moindre bruit, ne se sentent en sécurité nulle part. Ils n'osent sortir la nuit tombée, et, dans la rue, se retournent souvent pour s'assurer qu'ils ne sont pas suivis.

Ils craignent de ne guérir jamais, de ne pouvoir reprendre leurs occupations. Ils pleurent facilement, et accusent fréquemment une pénible sensation d'angoisse. Ils étouffent. Une main leur étreint la gorge, ou bien ils ont un poids sur la poitrine.

L'insomnie est la règle. Les cauchemars sont fréquents. Ils se rapportent à des scènes vécues sur le front.

La céphalée est constante. Elle est variable d'intensité et de siège et peut s'accompagner d'irradiations parfois lointaines.

Très souvent, on note des éblouissements et des vertiges. A l'occasion d'un effort, par exemple, une sorte de voile s'étend devant les yeux du malade. Ou bien il voit tourner les objets autour de lui, sent le sol se dérober sous ses pas.

L'amnésie d'évocation est rare. Les souvenirs anciens sont assez généralement conservés, sauf une lacune correspondant à la période délirante initiale. Les noms, les dates sont quelquefois oubliés. La mémoire professionnelle est atteinte.

L'amnésie de fixation est considérable. L'émotionné ne retient rien de ce qu'il cherche à apprendre. Il oublie les ordres qu'il reçoit, les rendez-vous qu'il donne ; il est obligé d'écrire sur un carnet l'emploi qu'il veut faire de son temps.

La paresse mentale se traduit par la lenteur des processus associatifs. La fatigabilité cérébrale est très rapide et s'accompagne d'embrouillement intellectuel.

Des obsessions viennent parfois compliquer l'inquiétude. L'aboulie est fréquente.

Le délire onirique, après avoir disparu progressivement, peut revenir par crises d'une durée plus ou moins longue.

Il constitue, avec l'hyperémotivité, les céphalées, la fatigabilité cérébrale et les troubles de la mémoire, les éléments constitutifs du syndrome émotionnel.

Ces éléments sont souvent associés à des troubles relevant du domaine de la sensibilité générale et de la motricité.

Du côté de la sensibilité, ce sont d'abord les stigmates de l'hystéro-traumatisme (retrécissement du champ visuel, hyperesthésie généralisée ou localisée, zones douloureuses spasmogènes).

Certains sujets accusent des sensations subjectives de l'ouïe (bourdonnements, sifflements).

La pression des points d'émergence des branches du trijumeau est douloureuse et provoque de lointaines irradiations (*signe de l'irritation trigémmino-occipitale de Mairat et Piéron*).

Les troubles moteurs consistent surtout en tremblements et en crises convulsives de types divers. Tantôt c'est une sorte d'attaque de sommeil ; tantôt il s'agit d'un grand paroxysme hystériforme. On peut noter du bégaiement, de la mutité, des plicatures, de l'incontinence d'urine, de l'impuissance génésique.

Spillmann (juillet 1915), distingue les psychonévroses sensorio-motrices des psychonévroses émotionnelles.

Pour Sollier et Chartier (octobre 1915), les névroses émotionnelles diffèrent nettement des troubles engendrés par la commotion.

Chavigny attribue au choc émotif le rôle essentiel dans la production des psychonévroses de guerre.

Guillain, Dupouy, Forsyth, en Angleterre, Wyrubow en Russie, constatent la nature complexe des troubles commotionnels et admettent la coexistence de phénomènes physiques et de phénomènes émotionnels.

Gilbert, Ballet et Rogues de Fursac (janvier 1916), tentent de démontrer que le « *Syndrome commotionnel* » de Mairet Piéron se rencontre chez des émotionnés purs, tandis que Lépine, au contraire, affirme l'activité pathogène propre de la commotion distincte de l'émotion.

Cl. Vincent, dans son rapport à la Société de Neurologie (avril 1916), sur les « accidents nerveux déterminés par la déflagration de fortes charges d'explosifs », distingue à côté des phénomènes commotionnels, des phénomènes émotionnels et mentaux.

Dumas, Roussy et Boisseau considèrent comme faisant partie d'un tout, l'ensemble des troubles émotionnels et commotionnels. Dupré schématise cette conception dans la formule suivante : Commotion — Emotion — Suggestion — Exagération — Simulation — Revendication.

Leroy insiste sur les phénomènes mentaux sans préciser leur genèse.

Roselle et Oberthür distinguent la commotion de l'émotion et ne font rentrer dans la première que les cas où existent des signes de lésion organique.

Claude, Dide et Lejonne (septembre 1916), relatant des observations de troubles psychiques émotionnels relevant de psychoses hystériques, considèrent que la prédisposition est nécessaire. « Sur un terrain constitutionnel spécial, l'émotion crée la psychose hystérique et la crainte du retour au danger l'entretient. »

Joltrain (1917), pense que le choc émotionnel peut déterminer une crise hémoclasique et de véritables modifications de l'état moléculaire des albumines. Ces déséquilibres organiques entraîneraient des conséquences multiples portant surtout sur le système nerveux et produisant des phénomènes autrefois classés dans l'hystérie.

Pour Pighini, l'hystérie ne fait pas la psychose traumatique. Elle la complique seulement.

Hursth, déclare qu'une émotion-choc suffit à provoquer l'apparition de phénomènes morbides. Ceux-ci sont le plus souvent dus à des émotions répétées (stupeur et amnésie, psychasthénie, crises, exagération des réflexes de défense, hyperadrénalisme et hyperthyroïdisme). — Les symptômes hystériques produits par la suggestion sont curables par la persuasion.

Dupré et Logre (1918), dans leur article sur les *Commotions et Émotions de guerre*, envisagent comme réelle l'action pathogène de l'ébranlement émotionnel.

D'après Leri (1918), il convient de distinguer dans le syndrome émotionnel diverses modalités cliniques en rapport avec les phases évolutives.

Cet auteur reproche aux descriptions antérieures à la sienne de se rapporter uniquement aux grands émotionnés dont l'état, particulièrement grave a nécessité l'évacuation sur l'intérieur.

Ce reproche est en partie fondé et notre expérience personnelle nous a permis de constater combien il était nécessaire dans l'examen d'un émotionné de tenir compte des circonstances de lieux.

Leri étudie les réactions des émotionnés sur le champ de bataille, à l'ambulance et dans l'hôpital de l'intérieur.

Sur le champ de bataille la proximité d'un éclatement ou toute autre cause déclenche une violente émotion. Le sujet ne perd pas connaissance et présente tous les signes d'une intense perturbation psychique.

D'après Leri, « un tel sujet se trouve concentré dans son angoisse, indifférent et inattentif à tout sauf en ce qui concerne l'instinct de conservation et la notion de sa propre sécurité. » Il paraît le lendemain ne garder aucun souvenir. En réalité, il se souvient de tout. Dès que l'individu se trouve en sécurité et seulement alors, apparaissent les phénomènes hystériques.

A l'ambulance, l'émotionné se présente avec un air somnolent et obnubilé, mais ce n'est chez lui que de la pseudo-inertie. Il n'est désorienté ni dans le temps ni dans l'espace. Il n'a pas d'amnésie. Il est en réalité en proie à une vive anxiété conditionnée par l'accident émotionnel. Le souvenir de l'accident demeure et accapare toute l'attention.

A l'hôpital n'arrivent que les grands émotionnés, c'est-à-dire une infime partie des sujets précédents. La plupart de ceux-ci présentent des troubles d'évolution très rapides et peuvent reprendre leur place au combat après quelque jours de repos.

Chez les grands émotionnés, on observe à l'intérieur divers syndromes.

Leri en étudie un d'abord, qu'il désigne, après Babinski, sous le nom de « *névrose émotive* » et qui se résume en une sorte de sensibilisation de l'émotivité. Chez la plupart des malades existent des phobies qui ont pour objet les obus, les bombes etc., et qui présentent les caractères habituels des phobies. Elles s'accompagnent d'anxiété, d'aboulie, d'aprosixie. Elles provoquent des réactions graves (fugues, suicides.)

Au point de vue physique, on note de l'éréthisme cardiaque, de la tachycardie, des modifications vaso-motrices, des douleurs, des troubles divers de la sensibilité subjective et objective. On observe du tremblement, des vertiges, de l'insomnie. Les réflexes tendineux sont vifs et amples. Les mala-

des ont l'aspect déprimé. Ce sont des fatigués, des asthéniques.

Ils répondent plus spécialement au syndrome émotionnel tel qu'on le comprend d'habitude c'est-à-dire à l'ensemble des manifestations qui ont pour origine plus ou moins lointaine une émotion-choc.

Dans un deuxième groupe de faits, il ne s'agit plus de désordres psychiques et nerveux provoqués par un unique traumatisme mental, mais d'une série de petites émotions répétées. Le séjour dans les tranchées, comme la vie à l'arrière comportent une foule de petits incidents désagréables dont la répétition finit par entraîner une fatigue spéciale. La *neurasthénie émotive* se constitue.

Elle est caractérisée essentiellement par une sensation d'asthénie, plutôt que par une asthénie réelle. Atteint de troubles cénesthésiques, le malade est nosophobe et hypochondriaque.

Enfin, chez certains sujets, des troubles relevant très nettement de l'hystérie peuvent apparaître (crises convulsives, mutisme, surdité, paralysies fonctionnelles, contractures, plicatures, tremblement, algies, anesthésies etc...)

Léri fait toutefois remarquer qu'émotion et névrose émotive n'ont en fait rien de commun avec l'hystérie, les accidents hystériques n'étant là qu'un enjolivement plus ou moins subconscient.

Deuxième Partie

Nous venons de résumer les principales recherches qui ont été faites sur le syndrome émotionnel.

Des précisions successives apportées par les différents auteurs, une tendance générale semble se dégager.

La délimitation du sujet devient de plus en plus nette. Nous avons vu comment Mairét et Piéron distinguent l'un de l'autre le syndrome commotionnel et le syndrome émotionnel.

Léri, à la suite de Babinski et de Froment, sépare à son tour le syndrome émotionnel de l'hystérie.

Les documents que nous avons recueillis dans le service de notre maître, M. le Professeur Mairét, ceux qui nous ont été fournis par le docteur Margarot, nous permettront, en s'ajoutant aux faits antérieurement publiés, de catégoriser le syndrome émotionnel d'une façon plus rigoureuse encore. Pour cela, nous indiquerons les troubles qui lui appartiennent en propre et les associations psychonévrosiques qu'il peut entraîner.

Nous sommes heureux de constater dès maintenant que la longue série de travaux auxquels ont donné lieu les émotions de guerre, aboutissent à la vérification d'une notion mise en lumière par Margarot avant la guerre.

Déjà, en 1913, cet auteur avait tenté de préciser le mécanisme suivant lequel l'émotion peut déclencher les divers troubles observés dans les psychonévroses d'origine émotive.

Une première série de recherches, lui avait permis de dégager les règles cliniques générales qui présidaient à ce

mécanisme. La guerre devait retarder la publication de son travail mais les grandes lignes en sont tracées dans son exposé de titres. Nous citons textuellement :

« Une règle générale nous paraît présider au mécanisme de certaines névropathies apparues consécutivement à une émotion. Celle-ci détermine des manifestations immédiates, identiques par leurs caractères cliniques dans tous les cas et, par suite, pouvant être considérées comme lui appartenant en propre. Elles se résument en une exagération extrême des réactions émotives normales et simulent par cela même certains troubles de nature hystérique. Le malade présente une surexcitation psychique ; il a de l'insomnie, des cauchemars, des crises hallucinatoires au cours desquelles il revit dans les moindres détails la scène qui l'a impressionné. Ces manifestations ne diffèrent d'un sujet à l'autre que par leur intensité variable.

« Sur ces troubles appartenant en propre à l'émotion se greffent des symptômes appartenant à des névropathies définies qui apparaissent ainsi progressivement et désormais évoluent pour leur propre compte.

« Dans certains cas, se développent des phénomènes relevant de l'hystérie. Dans d'autres, aux paroxysmes psychiques d'ordre émotif s'ajoutent des crises comitiales et on a pu croire parfois à la transformation d'un véritable pithiatisme en une autre névrose : l'épilepsie. Nos observations nous montrent encore que la neurasthénie, l'asthme, les chorées aiguës ou chroniques, peuvent naître suivant ce mécanisme général. »

Le syndrome émotionnel n'est pas nommé, mais il est clairement indiqué et les observations de Margarot pendant la guerre, comme les nôtres propres confirment exactement cette manière de voir. Il existe à n'en pas douter un syndrome émotionnel caractérisé par des symptômes particuliers, qu'il importe de distinguer du syndrome commotionnel et des diverses psychonévroses de guerre.

Il se traduit essentiellement par une exagération des réactions émotives normales et par une sensibilisation

affektive spéciale, sorte d'anaphylaxie psychique, qui se manifeste par une susceptibilité de plus en plus grande des individus à l'émotion.

Son évolution se fait de deux manières différentes suivant qu'il se présente chez un sujet normal ou chez un prédisposé.

Chez le premier, il s'atténue progressivement et la guérison est la règle. Chez le second, l'équilibre rompu par le choc émotif ne peut se rétablir et on assiste à l'écllosion de syndromes divers suivant les prédispositions spéciales de chaque individu.

Comme conséquence de cette distinction très nettement indiquée par Margarot, l'étude clinique du syndrome émotionnel doit envisager successivement :

1° les manifestations relevant directement de l'émotion, c'est-à-dire le syndrome émotionnel à proprement parler ;

2° les syndromes émotionnels associés, qu'il s'agisse soit d'un syndrome mixte, à la fois émotionnel et commotionnel, soit d'un syndrome nouveau constitué par l'apparition d'une psychonévrose définie, déclenchée par les phénomènes émotifs et venant se greffer sur eux :

CHAPITRE I

MANIFESTATIONS APPARTENANT EN PROPRE A L'ÉMOTION

SYNDROME ÉOTIONNEL CONSÉCUTIF A L'ÉMOTION-CHOC.

1° Faits cliniques.

Les faits qui servent de base à notre description sont nombreux. Les uns ont été recueillis dans le service de notre maître, M. le Professeur Mairet, où nous avons pu en observer directement un certain nombre ; les autres, pour la plupart nous ont été communiqués par le docteur Margatot.

Nous ne publierons que quelques observations tout à fait caractéristiques.

OBSERVATIONS I (Mairet et Piéron).

Syndrome émotionnel pur.

Bl..., 31 ans, faisait au front le ravitaillement en munitions, portant des obus. Un soir, vers 22 heures, une balle le frôle, à la partie gauche du visage ; il en sent le vent passer. Cela lui occasionne une vive émotion, mais il continue son service. Au bout de deux heures, une fois descendu dans son abri, brusquement il s'évanouit. Revenu à lui, il présente une crise de délire hallucinatoire. Il se croit au milieu des Allemands, cherche à leur échapper, ne veut pas manger, et reste dans un état de perpé-

tuelle terreur. Peu à peu, au bout d'une quinzaine de jours, les manifestations aiguës s'amendent, laissant une émotivité très grande, des troubles du sommeil, une diminution de l'audition, et l'impression subjective d'un grand vent passant sur son oreille gauche (réminiscence hallucinatoire du vent de la balle). Au bout de quelques mois, l'équilibre n'est pas encore complètement rétabli : on constate une grande émotivité avec peurs faciles, des céphalées, des cauchemars avec agitation nocturne fréquente, de l'amnésie de fixation, une grande paresse intellectuelle avec lenteur d'évocation, fatigue rapide, s'accompagnant d'éblouissements, de céphalées paroxystiques, et d'embrouillement mental. — Les souvenirs anciens sont conservés sauf une lacune correspondant à la période délirante initiale. On ne note, comme stigmates névropathiques, que des points douloureux, avec sensation d'étouffement vite provoquée par leur compression. — On ne trouve aucun antécédent héréditaire ou personnel. Une guérison à peu près complète est obtenue en 6 mois.

OBSERVATION II — (Margarot).

Syndrome émotionnel.

D.... caporal au 2^e d'Infanterie, 19 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort de pneumonie. Sa mère a eu deux fluxions de poitrine. Elle est un peu nerveuse.

Collatéraux. — Un frère actuellement âgé de 13 ans qui, paraît-il, se lève la nuit, saute par la fenêtre, se met à courir à quatre pattes, en disant qu'il voit des souris.

Antécédents personnels. — A toujours été très nerveux. A été déjà enterré 3 fois par des obus ou des torpilles.

Le 9 novembre 1915, un abri devant lequel il était assis a été démoli par l'explosion d'un gros obus. D.... a été renversé par l'éboulement mais n'a pas perdu connaissance. Il s'est relevé tout aussitôt et s'est mis à courir.

Quand on l'interroge sur ce qu'il éprouvait, il répond qu'il était en proie à une violente émotion. Il se sentait la poitrine serrée. Il s'est mis à courir dit-il sans trop savoir ce qu'il faisait. « J'étais comme un fou ». Derrière lui courait un de ses camarades. Il avait envie de vomir, car, d'après lui, à ce moment, on respirait des gaz lourds.

Nous le voyons le lendemain matin. Il n'a pas dormi de la nuit. Il a l'aspect déprimé. Il semble qu'il y a dans son regard un peu d'égarement. L'œil est brillant. La pupille est dilatée. Il répond mal et comme avec peine aux questions qu'on lui pose, mais son

inertie intellectuelle est plus apparente que réelle. On parvient à lui faire raconter ce qui lui est arrivé. Il donne les renseignements que nous avons rapportés plus haut et en particulier il nous déclare qu'il n'a jamais perdu connaissance, qu'il n'a jamais cessé de voir ni d'entendre, et qu'il a toujours conservé l'usage de la parole.

Au point de vue psychique, on note la persistance d'images très vives se rapportant au choc émotif et occupant à peu près à elles seules la totalité du champ de la conscience. Toutes les idées, tous les sentiments même les sentiments familiaux sont comme estompés. Ils ne subsistent qu'autant qu'ils se rattachent plus ou moins directement à l'état affectif. Il en résulte une torpeur apparente et un air apeuré qui avaient fait croire d'abord à l'existence d'une confusion mentale hallucinatoire.

Il y a cependant un peu d'amnésie de fixation.

D... accuse de l'asthénie. Ses jambes sont faibles et parfois il tremble. Il souffre beaucoup de la tête. Il a par moments des étourdissements. Sa vue se trouble, il accuse des bourdonnements d'oreilles, et il est sur le point de se trouver mal.

On note quelques soubresauts nerveux. Le malade a un assez bon appétit, mais il est constipé.

A certains moments, il dit ressentir une vive douleur précordiale.

Le pouls est rapide. Le réflexe oculo-cardiaque est très fortement inversé et donne la formule : 100/130.

On ne trouve aucun signe de lésion organique du système nerveux sauf peut être un très léger Kernig qui paraît lié à une contusion lombaire sans gravité. Les réflexes tendineux sont peu accentués. Le réflexe plantaire se fait en flexion légère.

Pas de dermographisme.

20 novembre. — Le malade se plaint de souffrir des reins et de la tête. Il dort très mal ; son insomnie est due à de l'énervement. Il n'aurait pas de cauchemars, mais se réveillerait parfois en sursaut. Clignements de paupières fréquents. Dyspnée légère. — R.O.C. = 110/128.

23 novembre. — Mêmes signes. — R.O.C. = 106/128.

27 novembre. — Douleurs de tête assez violentes. Nausées. — R.O.C. = 102/128.

30 novembre. — Douleur précordiale. Se plaint de souffrir dans les bras et dans les jambes. — R.O.C. = 118/120.

4 décembre. — Se trouve mieux. N'éprouve plus d'émotion, mais se plaint de son oreille droite. Un examen rapide et sans instrument pratiqué à ce moment ne révèle rien d'anormal. Il est à remarquer qu'aucun saignement des oreilles n'a été noté au moment de l'entrée du malade. Les manifestations qu'il accuse ont un caractère nettement pithiatique. Il prétend ne pas entendre de cette oreille et retrouver l'audition, à la suite d'une simple

traction exercée sur le pavillon. Cette surdité va de pair avec une anesthésie absolue de la zone cutanée qui entoure le pavillon.

La vue parfois s'obscurcit. A certains moments, D... cesse complètement de voir ; il a devant les yeux un fond noir avec des taches rouges mobiles.

Le réflexe cornéen est conservé. La pupille se contracte normalement.

7 décembre. — Un léger écoulement s'étant manifesté à l'oreille droite, le malade est évacué sur un centre spécial.

OBSERVATION III — (Résumée) — (Margarot).

Syndrome émotionnel

Capitaine d'artillerie. — Officier brillant, très intelligent, très courageux, cité tout à fait au début de la campagne.

A la suite d'un éclatement d'obus qui n'a entraîné chez lui ni blessure, ni commotion, il a éprouvé un violent sentiment de peur. Pendant un jour entier, il est resté dans une sorte de torpeur légère, sans trop se rendre compte ni surtout chercher à se rendre compte de ce qu'il faisait. Nous le voyons 20 jours après.

Il présente une peur irraisonnée qu'il ne peut absolument pas surmonter. Un éclatement d'obus, même distant de 2 kilomètres, lui cause de l'angoisse. Tout entier à sa terreur, il est incapable de donner un ordre. Il ne songe qu'à se cacher. Il ne peut s'occuper de rien.

Sa mémoire paraît cependant conservée, mais son esprit semble absolument fermé à tout ce qui lui vient du monde extérieur. Il ne perçoit que les détonations.

OBSERVATION IV (Résumée) — (Margarot)

Syndrome émotionnel

T..., soldat, 30 ans. — Entre à l'ambulance le 12 novembre 1915.

Le 11 novembre 1915 l'abri dans lequel il se trouvait, mal étayé, s'est effondré en dehors de toute explosion.

Très léger choc au niveau de la région lombaire. Pas de perte de connaissance.

T... a eu peur et s'est mis à trembler.

Le 12, il accuse quelques douleurs de tête et surtout des douleurs lombaires. — Aspect normal. — Pas de cauchemars. — Appétit

conservé. — Un peu de constipation. — Quelques troubles de la mémoire. — R. O. C. 68/72.

21 novembre. — 78/84

23 — — 80/77

27 — — 64/72 — Quelques douleurs lombaires

30 — — 96/83

Le malade n'est pas plus émotif qu'avant l'accident.
Sorti guéri.

OBSERVATION V — (Margarot)

Syndrome émotionnel

D... 20 ans. — Entré le 5 novembre 1915.

Antécédents héréditaires. — La mère a des crises nerveuses sans perte de connaissance.

Antécédents personnels. — A été soigné pour lumbago.

Le 5 novembre 1915, un obus éclate devant le parapet de la tranchée dans laquelle il se trouvait. Il a fléchi le tronc, a ressenti comme un choc violent dans le dos, mais il n'est pas tombé et n'a pas perdu connaissance. Il a entendu éclater un autre obus qui l'a enterré sur place. Il n'a pas perdu connaissance et a pu crier tout de suite pour qu'on vienne le dégager. Il éprouvait à ce moment un violent sentiment de peur. Il étouffait. Quand il a été dégagé, ses jambes vacillaient. Il pouvait parler. Il y voyait.

La nuit suivante, il a eu des cauchemars se rapportant à la guerre, mais pas spécialement à l'accident.

Le malade accuse quelques maux de tête et de rein. — Légère augmentation de l'émotivité. — Légère vivacité tendineuse. — Digère mal. — Légère constipation. — R. O. C. 126/129.

20 novembre. — 90/84

23 — — 120/112

26 — — 108/102

29 — — 86/70 — Se trouve beaucoup mieux.

3 décembre. — Va mieux. — R.O.C. 100/103

6 — — Va très bien. — A eu la nuit dernière un cauchemar qui s'est continué à l'état de veille. — R.O.C. 92/90.

Sort guéri.

OBSERVATION VI — (Margarot)

Syndrome surtout émotionnel

B..., sergent, 37 ans. — Entre à l'ambulance le 27 novembre 1915.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une pleurésie.

Mère morte d'une affection cardiaque.

Un frère et une sœur assez bien portants.

Aurait perdu un frère (méningite).

Antécédents personnels. — Suspect de bacilliose. — A eu une pleurésie au régiment. — Blessé au début de la guerre à l'avant bras droit.

Le 30 octobre 1915, B... a été enterré deux fois à 5 minutes d'intervalle. La deuxième fois l'accident a été plus sérieux, mais le malade n'a pas perdu connaissance. Sur le moment, il a éprouvé une peur violente avec tremblements. Il est resté sourd pendant 48 heures et accusait des bourdonnements d'oreille.

Surdité et bourdonnements ont actuellement disparu.

B... se plaint de lourdeur de tête. Il a par moments des visions colorées qu'il compare à des bulles de savon, à des bougies. Des objets lumineux passent rapidement devant ses yeux, de haut en bas. Il tomberait alors s'il ne s'assurait un point d'appui.

Il a de l'insomnie et des cauchemars se rapportant à l'accident. Il se croit enterré, cherche à se dégager. Son émotivité est accrue mais assez légèrement.

Sa mémoire est un peu infidèle, mais il en est ainsi, dit-il, depuis le début de la guerre.

Il n'a pas de faiblesse dans les jambes. — Pas de crampes. — Pas de Kernig.

Réflexes tendineux un peu vifs. — Réflexe cutané plantaire en flexion, plus marqué à droite.

R. O. C. 78/78

22 novembre. — Même état. — R. O. C. 88/78.

27 novembre. — A eu ce matin un étourdissement très fort. — R. O. C. 76/75.

30 novembre. — Le malade tousse beaucoup. — Signes de bronchite généralisée. — T. = 37°3. — R. O. C. 84/93.

4 décembre. — Les quintes de toux provoquent parfois des étourdissements. — T. = 37°3. — L'auscultation permet de constater la disparition à peu près complète des râles. — Rudesse respiratoire surtout aux sommets.

5 décembre. — Tousse moins. — R. O. C. 76/78.

10 décembre. — Rejoint.

OBSERVATION VII — (Margarot)

Syndrome émotionnel

C..., 30 ans, fantassin. — Entre à l'ambulance le 31 octobre 1915.

Le matin du jour où il entre, il était couché dans un boyau quand un obus a éclaté tout près de lui. Il a reçu un peu de terre sur le dos. Il n'a pas perdu connaissance, mais il a eu violemment peur. Il tremblait et son cœur battait très fort.

Sa mémoire est un peu confuse en ce qui concerne les événements de la journée.

22 novembre. — Il n'a souffert de la tête que les premiers jours. Il n'en souffre plus actuellement. Il n'a jamais eu d'éblouissements ni de vertiges.

Il a des insomnies et quelques cauchemars se rapportant à l'accident. Ces cauchemars tendent de plus en plus à disparaître. Pas de troubles de la mémoire.

Les réflexes tendineux sont un peu faibles. — Appareils normaux. — R. O. C. 61/68.

23 novembre. — L'amélioration continue.

R. O. C. 83 72

26 novembre. — Peut être considéré comme guéri.

R. O. C. 86 71

OBSERVATION VIII — (Margarot).

Contusions légères par éboulement. -- Syndrome émotionnel.

G..., 39 ans, entre à l'ambulance le 31 octobre 1915.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans de fluxion de poitrine. Sœur morte phthisique à 27 ans.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie véritable mais n'était pas très fort. A expulsé un ténia il y a plusieurs mois.

G... a été enterré par un obus et il est resté 7 heures avec seulement la tête et un bras dehors. Il n'a pas reçu de chocs sur la tête, n'a pas perdu connaissance, mais il a éprouvé une très violente émotion causée surtout par la vue d'un de ses camarades tué à ses côtés en même temps que 4 autres étaient ensevelis. Son cœur battait très fort. Sa gorge n'était pas serrée. Il n'a jamais cessé de voir, de parler, ni d'entendre. Au poste de secours il aurait perdu deux fois connaissance.

15 novembre. — Le malade accuse une perte des forces considérable et des douleurs de tête. Il n'a pas d'éblouissement, mais parfois des crises lipothymiques.

Il accuse des palpitations fréquentes et douloureuses. Il en

avait quelquefois auparavant, mais elles sont devenues plus intenses et plus fréquentes depuis l'accident.

L'attention est très difficile à fixer. Le sujet est un peu triste et abattu. Ses idées ont tendance à s'immobiliser sur son accident. Son émotivité est accrue d'une façon toute spéciale à l'égard des torpilles.

Il dort mal la nuit. Il a des cauchemars au cours desquels il se voit enterré. Il se réveille en proie à une angoisse extraordinaire, transpirant abondamment, se plaignant de crampes douloureuses dans les jambes. Pendant quelques secondes, la vision qu'il avait en rêve se continue à l'état de veille.

Pendant le jour, il laisse parfois échapper quelques gouttes d'urine dans son pantalon.

L'appétit est médiocre, la digestion lente. La céphalalgie augmente pendant les périodes digestives.

Examen physique. — Quelques secousses nystagmiformes. Pas de troubles pupillaires. Légère hypotonie. Vivacité tendineuse d'allure névropathique. Réflexe plantaire en flexion. Pas de Kernig. — Pas de dermatisme. — Appareils normaux. — R.O.C. 76/80.

21 novembre. — R.O.C. 82/82.

25 novembre. — R.O.C. 78/74.

27 novembre. — Dort mieux. Quant il a dormi 3 heures, se réveille en sueur après un soubresaut nerveux, sans aucune espèce de sensation émotive. R.O.C. 88/85.

30 novembre. — Se plaint de mal digérer. Il est 16 heures et il a encore sur l'estomac ce qu'il a mangé à son déjeuner, à midi et quart. Il vient de présenter une espèce de crise lipothymique avec transpiration abondante. Il a été obligé de s'asseoir. L'examen objectif de l'estomac ne montre pas de dilatation. R.O.C. 84/88.

5 décembre. — La digestion se fait un peu mieux. Le malade ayant vu passer un vol de corbeaux, a cru que c'étaient des torpilles et a éprouvé une violente émotion avec serrement de la gorge et de la poitrine. R.O.C. 80/72.

20 décembre. — Rejoint.

OBSERVATION IX — (Margarot).

Contusion lombaire. — Syndrome émotionnel.

M..., 26 ans, entre à l'ambulance le 20 novembre 1915.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans d'une maladie d'estomac (?).

Un frère a des crises nerveuses avec perte de connaissance.

Antécédents personnels. — Embarras gastrique il y a quelques années.

Le 5 novembre 1915, une explosion l'a transformé la tranchée dans laquelle se trouvait M... en une cavité close où il s'est trouvé enfermé.

Il n'a pas reçu de choc sur la tête, et a simplement subi un peu de compression au niveau de la région lombaire. Il n'a pas perdu connaissance, mais a éprouvé une émotion excessivement violente. Il a eu une crise de nerfs en arrivant au poste de secours.

21 novembre. — Le malade est déprimé, abattu. Il paraît obnubilé. En réalité, des appels énergiques le font sortir de son apparente torpeur et on peut se rendre compte que la mémoire est à peu près intacte. L'attention est très diminuée. Le souvenir de l'accident occupe toujours le premier plan dans le champ de la conscience. Pas de palpitations, d'éblouissements ni de vertiges.

Insomnie. — Cauchemars reproduisant très exactement la scène du début.

M... aurait assez bon appétit, mais dès qu'il a mangé, il se plaint de pesanteur gastrique.

Examen physique. — Légère douleur lombaire. Pas de Kernig. Réflexes tendineux positifs. Réflexe cutané plantaire en flexion. — R.O.C. 88/92.

23 novembre. — R.O.C. 102/98.

26 novembre. — R.O.C. 120/118.

29 novembre. — R.O.C. 112/110.

3 décembre. — Le malade est très amélioré. Il dort beaucoup mieux. Les cauchemars terrifiants ne se produisent plus, mais il rêve beaucoup à des choses diverses. Il est plus éveillé, ne se plaint que d'un peu de douleur dans les lombes quand il se baisse. R.O.C. 108/92.

7 décembre. — Va bien. — Sort. — R.O.C. 70/60.

OBSERVATION X

Syndrome émotionnel

D..., maréchal-des-logis au 58^e d'artillerie, entre dans le service de M. le Professeur Mairét, le 10 janvier 1917.

Antécédents personnels. — A toujours été un triste.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

D... est âgé de 34 ans.

Il a fait son temps de service actif et a été mobilisé le 2 août 1914.

Il dirigeait à ce moment-là en Tunisie une importante colonie agricole. Il faisait beaucoup d'affaires et ses parents lui avaient

tous confié des fonds. La guerre venue, il part. Aussitôt, la colonie périclité par suite du manque de surveillance. Une partie du bétail est volée par les Arabes.

D'autre part la famille du malade est de Lille. Son père est pris comme otage par les Allemands. Sa mère et sa sœur sont également prisonnières. Son grand père a été fusillé.

En dépit de ces malheurs, D... , arrivé sur le front le 6 septembre 1914, fait d'abord campagne sans incidents.

Puis, deux ou trois mois après, il réalise un état sublatent de neurasthénie, provoqué par les soucis de famille et par les ennuis matériels. Il devient triste, émotionnable et pleure souvent. Il continue pourtant son service.

Se trouvant chez lui en permission, il est mordu par un chien enragé. Or, trois jours auparavant, il avait vu mourir de la rage un de ses ouvriers et le spectacle de cette mort l'avait beaucoup impressionné.

Il subit le traitement antirabique et retourne sur le front en août 1916. Le traitement, la chaleur, le voyage l'avaient fatigué. De plus, on lui avait recommandé d'éviter pendant un an au moins le froid et le surmenage.

Obsédé par la crainte d'avoir froid et de devenir enragé, il vit dans une peur constante. Il a une crise d'entérite qui aggrave encore son état et il est évacué.

Il passe par divers hôpitaux avant d'arriver dans le service.

A son entrée son état est le suivant : il souffre constamment de la tête. En général, la céphalée n'est pas très violente, mais parfois il lui semble qu'on triture son cerveau, au niveau des tempes.

Ces paroxysmes douloureux se produisent surtout cinq ou six heures avant l'apparition de crises caractérisées par les signes suivants : le malade sent sa tête tourner et il se couche. Puis il perd connaissance, reste immobile, ne sent rien, n'entend rien. Il est en résolution musculaire complète, ne crie pas, ne se mord pas la langue, ne mouille pas. Cet état dure de un quart d'heure à une heure. Puis D... se réveille, égaré, ayant oublié sa crise et aussi les événements de la journée.

Les crises, qui tendent à s'espacer, se reproduisent environ tous les 15 jours. Elles sont suivies d'une débâcle d'urines claires. Auparavant, D... n'avait jamais eu de crises.

Le malade a des vertiges, peu fréquents ; il voit tout tourner autour de lui et il est obligé de s'asseoir.

Il dort mal. Il a des cauchemars qui surviennent périodiquement tous les six jours. Il voit du sang, du feu. Il voit l'homme qui est mort enragé. Il se réveille alors apeuré et saute du lit. Le cauchemar persiste quelques instants à l'état de veille. Il ne se recouche pas, car, aussitôt le cauchemar recommence.

D'ailleurs il a toujours peur la nuit. Quand il rentre le soir à l'hôpital, il se retourne souvent sur la route. Il évite de faire le trajet tout seul. Il sursaute au moindre bruit, et éprouve fréquemment une pénible sensation d'angoisse.

Il est inquiet pour son avenir, craint de ne pas guérir, de ne pouvoir reprendre ses occupations. Il est moins obsédé par la peur de devenir enragé, mais il a toujours peur d'avoir froid.

L'affectivité est conservée, mais la volonté est diminuée. Le malade ne fait rien de ce qu'il s'est promis de faire.

La fatigue cérébrale est rapide. Quand D... veut travailler, bientôt la céphalée survient et les lettres se brouillent. Les idées cependant restent claires.

Il existe de l'amnésie lacunaire d'évocation. D... a oublié les langues étrangères qu'il avait apprises. Il se rappelle assez facilement les lieux où il est passé et les personnes qu'il connaît mais il ne retrouve ni les noms, ni les dates.

La mémoire professionnelle est très atteinte. D... a oublié les termes techniques dont il usait tous les jours, le nom des plantes, le nom des substances qu'il employait pour la culture, leur mode de préparation. Etant donnée une céréale, il ne sait plus quelle date convient pour les semailles. Il a perdu les notions de médecine vétérinaire qu'il avait pu acquérir.

Son pouvoir de fixation est très diminué. D... oublie ce qu'il lit, ne se rappelle pas les rendez-vous qu'il donne.

Il n'y a pas de perversions sensorielles.

Bonne orientation dans le temps et dans l'espace. Léger retrécissement concentrique du champ visuel. Réflexes normaux. Pas de stigmates névropathiques.

En juillet 1917, D... quitte le service avec un congé de convalescence d'un mois. Il est moins triste, mais a toujours des céphalées, des cauchemars et des crises nerveuses. Les troubles de la mémoire existent toujours.

OBSERVATION XI.

Syndrome émotionnel.

B..., soldat au 279^e de ligne, entre dans le service de M. le Professeur Mairat le 6 juillet 1916.

Antécédents personnels. — Tempérament triste. — Ni alcoolisme, ni syphilis.

Antécédents héréditaires. — Père mort de vieillesse à 78 ans. Mère morte à 54 ans. Avait de drôles d'idées. Nerveuse. Crises au cours desquelles elle s'asseyait; le corps animé de tremblements.

B... est âgé de 37 ans.

Il a fait son temps de service actif, et a été mobilisé le 4 avril 1915. Incorporé au 279^e de ligne, il était cuisinier des officiers.

Il était surmené, fatigué, quand, dans les premiers jours de février 1916, un obus éclate non loin de lui. Il est contusionné à la tête et il éprouve une violente émotion. Il ne perd pas

connaissance et peut continuer son service, mais il a des tremblements et la peur s'installe en lui.

Peu à peu, sous le choc d'émotions successives, son état s'aggrave. Il est faible, a des éblouissements. Il a des hallucinations terrifiantes de la vue, entend constamment des sifflements d'obus. Il reste caché dans une sape, sursautant au moindre bruit.

Il est évacué au mois de juin. A ce moment là, il délirait. On le lui a dit, mais lui ne se rappelle rien de ce délire.

A son arrivée dans le service, il est triste, déprimé.

Il est très émotionnable, dort mal, a des cauchemars au cours desquels il croit être sur le front et entend le sifflement des obus. Il croit aussi tomber dans un précipice.

Il souffre souvent de la tête, présente quelques troubles de la mémoire d'évocation. Il ne se rappelle plus les noms de ses camarades, mais revoit la caserne de Brest où il a fait son service.

Examiné au point de vue physique, on note un rétrécissement marqué du champ visuel et l'existence de quelques stigmates névropathiques.

Au bout de quelque temps l'état de B... s'améliore. La peur est moins intense, les maux de tête moins fréquents. Tout délire hallucinatoire a disparu. Mais B... est parfois triste, il ne sait d'ailleurs pourquoi. Il a aussi quelques vertiges et la fatigue cérébrale apparaît vite quand on l'examine. Il oublie la plupart des ordres qu'on lui donne. Il comprend rapidement ce qu'on lui dit, voit la réponse à faire, mais ne trouve pas les termes de cette réponse.

En septembre 1916, B... part en convalescence de 2 mois, et revient dans le service le 28 novembre.

Il n'a plus peur, mais est très émotif et perd facilement son sang-froid. Il pense toujours à la guerre et le moindre bruit, le moindre incident lui rappellent le front.

Il est assez indifférent à l'égard des siens.

Il a encore des cauchemars, se réveille égaré, voyant devant lui de petits objets brillants.

Il n'entend plus rien dans les oreilles.

Il a souvent mal à la tête. Il souffre au sommet du crâne, puis la douleur gagne le front.

Quant il penche la tête à droite ou à gauche il lui semble qu'il va tomber.

Il a des vertiges. Il croit sentir passer dans sa tête un tourbillon de liquide, et tout tourne autour de lui.

B... est incapable de tout effort intellectuel suivi. Quand il veut lire, écrire, réfléchir, il lui semble que sa tête grossit et va éclater.

On note de l'amnésie lacunaire d'évocation. Les faits récents sont oubliés.

Au bout d'un mois, l'état de B... s'est amélioré, et il rejoint son dépôt en janvier 1917.

OBSERVATION XII

Syndrome émotionnel

C..., sergent au 401^e d'infanterie. — Entre dans le service de M. le Professeur Mairét le 27 octobre 1917.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. — Marié. — Pas d'enfants.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement (cardiopathie ?). — Mère s'est suicidée (pendaison).

C... est âgé de 35 ans.

Il a fait son service actif et a été mobilisé le 2 août 1914. Il fait campagne jusqu'au mois de mai 1917. A cette époque, se trouvant en permission, il tomba malade.

Depuis longtemps déjà, il était fatigué, nerveux, irritable. Il était devenu très émotif et craignait toujours d'être surpris par les Allemands. Il était triste, avait la prescience d'un malheur prochain. Il pleurait souvent. La vue de ses camarades tués l'impressionnait énormément.

C'est dans cet état d'esprit qu'il participe à des combats très durs (Verdun, janvier-février 1917) — (Bataille de l'Aisne, 16 avril, 8 mai 1917).

Il en réchappe sans blessures et part en permission de détente le 12 mai 1917.

Chez lui, il a des idées noires, des crises de larmes. Au moment de repartir sur le front, à la gare, il a une sorte de vertige. On le ramène à son domicile, puis on le conduit au Val-de-Grâce, le 29 mai. Il y passe deux jours et est envoyé à Maison-Blanche, le 1^{er} juin.

Le malade ne se rappelle pas ce qu'il a fait au Val-de-Grâce. A Maison-Blanche, il s'est agité.

Il avait peur, rêvait la nuit, regrettait la mort de ses hommes. Il entendait les bruits du champ de bataille, les appels des blessés. Il revoyait le front, les combats à la grenade. Il sentait des secousses dans tout le corps.

Il souffrait aussi de la tête et avait quelques vertiges. Il était anxieux, découragé.

Proposé pour un congé de convalescence de six semaines, il part dans l'Aveyron, chez des parents.

Là il est triste, inquiet, ne sort jamais. Il dort mal, a des cauchemars, pleure.

Il est hospitalisé le 16 octobre, à Rodez, et est envoyé dans le service le 27 du même mois.

Interrogé, il se met à pleurer. Il est triste, a toujours peur qu'il lui arrive quelque chose, se croit sous le coup d'un malheur. Il a peur que l'hôpital soit bombardé, et, au cours d'un orage, il lui a semblé entendre approcher des avions ennemis.

Il sursaute au moindre bruit. Son cœur bat avec violence. Il étouffe. Il a comme un poids sur la poitrine.

La nuit, il a des cauchemars. Il entend ses camarades blessés appeler les brancardiers, voit le champ de bataille. Il se réveille effrayé et il lui faut un moment pour se rendre compte qu'il n'est pas à la guerre.

Ses souvenirs du front l'obsèdent.

Dans la journée, il lui semble entendre des voix qui l'appellent : « Sergent ! Sergent ! » Il a des secousses sur tout le corps et trouve parfois un drôle de goût aux aliments.

Il a la tête lourde, et, parfois, dans la journée, ne sait pas bien ce qu'il fait. Quelquefois, aussi, la tête lui tourne.

Les souvenirs antérieurs à la guerre sont conservés.

Les événements qui ont suivi son évacuation sont peu nets dans son esprit.

Il oublie souvent ce qu'il veut faire et ce qu'on lui dit.

L'affectivité est conservée.

Pas de points névropathiques. — Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Le traitement ayant amené une amélioration notable, C... est envoyé en congé de 3 mois le 14 juin 1918.

Il revient dans le service le 14 septembre.

L'émotivité est encore très exagérée. Les céphalées persistent, ainsi que les vertiges et les cauchemars.

C... est proposé pour la réforme temporaire et quitte le service le 14 octobre 1918.

OBSERVATION XIII

Syndrome émotionnel

P..., soldat au 6^e Bataillon colonial du Maroc, entre dans le service de M. le Professeur Mairé le 1^{er} septembre 1916.

Fils naturel. — N'était pas buveur.

Pas d'hérédité.

Mobilisé au début de la campagne, P..., après la retraite de Belgique (1914), est envoyé au Maroc.

Il a été très secoué par son séjour au front.

Dans la nuit du 27 au 28 novembre 1915, il participe à une corvée d'eau qui est attaquée par les Marocains. De ses deux camarades, l'un est tué, l'autre blessé. On lui tire dessus de très près. Il échappe par miracle, mais éprouve une violente émotion de peur. Il ne perd pas connaissance.

Ni le lendemain, ni les jours suivants, il ne présente de symptômes morbides et continue son service.

Cependant apparaît une surexcitation légère. P... voit la nuit ses

camarades frappés à son côté. Il devient inquiet, s'accuse de leur mort, a peur qu'on le fusille.

Dans cet état, il est admis à l'infirmerie de Dar-Malirès le 9 mars 1916, puis dirigé sur l'hôpital Auvert, de Fez.

Il passe par l'ambulance de Salé et entre à l'hôpital de Casa-blanca le 21 avril 1916.

Là il est inquiet, agité. Il a des cauchemars, voit son camarade mort, les membres de sa famille. Il les voit aussi quand il est éveillé. Il entend des ronflements mais pas de voix.

Il sent des piqures sur le corps, a de mauvais goûts dans la bouche, a peur qu'on l'empoisonne.

A un moment donné, il a voulu se tuer.

Il sort le 10 juin de l'Hôpital avec une permission de 15 jours, qu'il va passer à Cette, chez sa mère.

Son état ne s'étant pas amélioré, il obtient une prolongation, et à l'expiration de cette dernière, entre au Centre de Neuro-Psychiatrie de la 16^e Région.

Il présente une congestion excessivement marquée de la face, des yeux et du crâne. Il a la tête lourde. Il lui semble qu'on frappe sur son cerveau.

Il est très émotif et pleure facilement. Un rien l'impressionne, le trouble, lui fait monter le sang à la tête.

Il est en proie à l'inquiétude et à la peur. Il se demande s'il guérira jamais et se rend responsable de la mort de son camarade. Il a peur qu'on l'accuse de n'avoir pas fait son devoir, et craint d'être fusillé. Il a peur de mal faire.

La nuit, il dort mal et revit la scène tragique de la surprise qui a manqué lui coûter la vie.

Dans la journée, il ressent de picotements sur tout le corps, pense sans cesse à des choses tristes.

Quand il parle à quelqu'un, quand il lit, apparaît rapidement une grande fatigue cérébrale.

Sa mémoire d'évocation des faits anciens est bonne, mais la mémoire de fixation est très atteinte. Le malade oublie les événements récents.

Il existe une série de points névropathiques : pression douloureuse au niveau des points mammaires droits et gauches, des points épigastrique et inguinaux. Le réflexe cornéen est diminué.

La pression des points sus et sous-orbitaires, zygomatiques, maxillaires supérieurs et inférieurs, est douloureuse et s'accompagne d'irradiations.

L'état du malade s'étant amélioré il part en convalescence en août 1917, et revient dans le service en novembre.

Il est toujours très émotif, revoit les scènes du front et s' imagine par moments avoir compromis ses camarades et le sort de la France. Pendant sa convalescence il n'a pu travailler, car il se fatiguait énormément. Il tremble à la seule idée de retourner sur le front. Il souffre toujours de la tête et a de nombreux cauchemars.

Le 14 décembre, il est proposé pour un service auxiliaire à l'intérieur.

Il passe quelques jours à la caserne, mais son déséquilibre émotif est tel qu'il est incapable de faire quoique ce soit.

Il revient dans le service et est l'objet d'une proposition de réforme temporaire en avril 1918.

OBSERVATION XIV.

Syndrome émotionnel.

V... canonnier au 118^e Régiment d'artillerie lourde, entre dans le service de M. le Professeur Mairet le 18 février 1918.

Pas d'hérédité.

V... est âgé de 34 ans.

Se trouvant à Verdun en 1916, il a été très émotionné à plusieurs reprises par les bombardements auxquels il a assisté. Il n'a jamais été ni blessé, ni commotionné, n'a jamais perdu connaissance, mais il a dû passer une vingtaine de jours à l'arrière.

Il était devenu très impressionnable et a réalisé 4 crises de délire de peur. Il croyait qu'on voulait le noyer, cherchait à se sauver.

Evacué en juin 1917, il est soigné à Châlons et obtient 45 jours de convalescence. Au cours de cette convalescence, il se fait hospitaliser à Avignon le 7 novembre.

Le 1^{er} décembre, il est dirigé sur l'Hôpital militaire de Marseille et y reste jusqu'au 27 décembre.

A Marseille, il s'agite. Il a peur des boches, tremble, est angoissé, cherche à se sauver. Il voit des formes noires, des ombres qui l'effraient, l'injurient, le menacent. Il entend des ronflements d'avions.

Il est envoyé à Montpellier, au centre de Neuro-Psychiatrie.

Il existe toujours chez lui un délire de peur nettement caractérisé. On va venir le prendre pour le noyer, pour le fusiller. Il est énervé, tremble, sursaute au moindre bruit. Il est angoissé.

La nuit, il dort mal, a des cauchemars terrifiants, se poursuivant à l'état de veille. Il se cache sous les draps.

De temps en temps, ses oreilles sifflent, et il voit comme des lunes noires qui tournent.

Il a des maux de tête continuels, mais pas de vertiges.

La mémoire d'évocation est indemne, mais il existe de l'amnésie de fixation.

La fatigue cérébrale apparaît rapidement dès que le malade lit. V... est incapable d'un effort intellectuel soutenu. Il pense peu à sa famille.

Il n'y a pas de stigmates névropathiques.

Pas d'albuminose du liquide céphalo-rachidien.

Dans le courant du mois de mai, le malade urine au lit et s'en montre très affecté. C'est la troisième fois que pareil accident lui arrive depuis son séjour dans les hôpitaux.

Peu à peu l'état du malade s'améliore, mais l'hyperémotivité reste extrême. V... est envoyé en congé de convalescence de 3 mois et quitte le service le 9 septembre 1918.

OBSERVATION XV.

Syndrome émotionnel.

J... soldat au 167^e d'Infanterie, entre dans le service de M. le Professeur Mairet le 2 mai 1916. Il est âgé de 33 ans.

Antécédents personnels. — Robuste et sobre. N'avait jamais eu de crises de nerfs.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle morte folle.

Collatéraux. — Une sœur sujette à des crises de pleurs qui dégénèrent parfois en crises de nerfs.

J... qui a fait son service actif, a été mobilisé le 4 août 1914, et est parti aux armées le 24 novembre.

Sur le front, il a éprouvé une série d'émotions successives qui, peu à peu, ont fait naître en lui une pénible dépression physique et morale, avec sentiment de peur et d'inquiétude. Le bombardement des tranchées, l'attente angoissante durant des heures du signal de l'attaque, la vue de l'ennemi, avaient fini par l'épuiser.

En mai 1915, il perd connaissance, est évacué et dirigé sur Neufchâteau.

A l'hôpital on porte le diagnostic de méningite cérébro-spinale épidémique, diagnostic confirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Après un mois de traitement, tout danger de mort est écarté, mais J... reste sourd, plicaturé, et souffre de céphalées occipitales et sus-orbitaires. Son acuité visuelle est notablement diminuée.

Il obtient un congé de convalescence de 3 mois, prolongé par la suite de 45 jours, et entre le 15 décembre 1915, à l'Hôpital St-Léon, à Toul, par ordre de la Commission de Réforme.

Il y passe environ 5 mois et y subit un traitement électrique par la faradisation. Mais la plicature persiste, maintenant le tronc fléchi presque à angle droit sur le bassin.

J... est ensuite dirigé sur le Centre de Neuro-Psychiatrie de Montpellier.

Interrogé sur les circonstances qui ont accompagné son évacuation, il dit, qu'après avoir perdu connaissance quelques heures, il a recouvré conscience du monde extérieur au poste de secours. Il avait peur, pleurait, tremblait de tous ses membres. Il était inquiet et se demandait ce qu'on allait faire de lui. Il avait des crampes dans les jambes, des douleurs dans les reins. Sa tête était brûlante.

Soigné à Neufchâteau, il sait qu'il a été très malade mais ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Cette lacune dans ses souvenirs paraît porter sur deux mois environ.

Pendant sa convalescence, apparaissent des crises de nerfs violentes qui se reproduisent encore tous les cinq jours environ.

Le plus souvent, la crise naît spontanément. Mais elle peut être due à une émotion ou encore à une tentative de redressement de la plicature. Elle est précédée de divers prodromes.

La veille, le malade devient nerveux, impatient. Il a des soubresauts dans les épaules et dans les jambes, des accès d'étouffement. Il devient triste, taciturne, irritable, s'isole.

Peu à peu cet état de malaise s'accroît. Le malade n'est bien nulle part, éprouve le besoin de marcher ; ses idées se troublent.

Quelques minutes avant la crise, il va et vient, la tête baissée, les jambes raidies, traînant lourdement les pieds sur le sol. Tout son corps tremble. Il lutte visiblement pour retarder le paroxysme.

Mais bientôt il se met au lit et perd connaissance.

D'abord, il grince des dents, les doigts se raidissent, la main se ferme, le pouce en dehors. Les avant-bras, les bras, les jambes se raidissent à leur tour. Les orteils se mettent en extension. Tout le corps est animé de tremblements. La face est congestionnée, la respiration bruyante, stertoreuse. J... pousse des cris et cherche à mordre. Cette phase se termine par un arrêt de la respiration.

Puis, bientôt, il y a une reprise inspiratoire, les doigts s'ouvrent, les membres deviennent flasques. Le malade murmure des paroles incompréhensibles.

Ce n'est là qu'une pause, trois ou quatre fois plus longue que le paroxysme.

Celui-ci se reproduit de 15 à 20 fois, avec des intervalles de calme.

La crise complète dure environ une heure. L'inconscience est absolue, mais le retour à la normale est rapide. Il n'y a pas de morsures de la langue, pas d'émission d'urine.

Après la crise, J... bégaye un peu, pleure et se sent soulagé.

Il est très émotif, mais il n'a plus peur. Il est inquiet de son état, mais veut faire de son mieux pour guérir.

Il souffre de la tête et il a des vertiges fréquents. Il ressent, par accès, des élancements dans la région frontale. Parfois, il a seulement la tête lourde. Quand il essaie de se redresser, tout tourne autour de lui.

Il dort mal, a des insomnies, des cauchemars.

La fatigue cérébrale apparaît dès que le malade veut lire. Les lettres se brouillent. Il est obligé de s'arrêter. — « Les idées m'échappent, dit-il. »

Amnésie de fixation.

La mémoire d'évocation est bonne. Elle présente seulement une lacune correspondant à une partie du séjour du malade à Neufchâteau.

Rétrécissement du champ visuel. Réflexes normaux. Les muscles dorsaux ne sont pas contracturés. On peut facilement redresser le malade (sous la réserve de provoquer une crise).

Sous l'influence du traitement la plicature s'améliore et ne consiste plus qu'en une inclinaison du côté gauche. Les crises s'espacent. Les céphalées et les vertiges sont plus rares. La mémoire devient meilleure et le malade est moins émotif.

Il quitte le service le 4 décembre 1917 avec un congé de convalescence de 3 mois, et revient le 4 mars 1918.

A ce moment il a toujours des crises qui reviennent tous les 13 ou 15 jours. Mais il ne souffre plus guère de la tête, a peu de cauchemars et sa mémoire est assez bonne. La plicature n'a toutefois pas complètement disparu.

J... est proposé pour une réforme temporaire avec gratification et sort le 30 juillet 1918.

OBSERVATION XVI

Syndrome probablement mixte avec prédominance nette
de phénomènes émotionnels.

V..., soldat au 279^e d'Infanterie entre dans le service de M. le Professeur Mairet le 14 mars 1916.

Antécédents personnels. — A toujours été un émotif, un inquiet, un scrupuleux. Était timide, impressionnable, s'isolait volontiers. Ajourné deux fois, a été réformé pour faiblesse générale. — Tendances mystiques.

Antécédents héréditaires — Rien à signaler.

V... est âgé de 43 ans.

Incorporé à compter du 20 mars 1915, il est évacué le 26 décembre pour faiblesse générale et troubles mentaux. On ne possède pas de renseignements précis touchant les motifs de son évacuation.

Il passe par divers hôpitaux, et, à son arrivée au centre de Neuro-Psychiatrie de la 16^e Région, il présente les symptômes suivants : il est dans un état d'apeurement et d'angoisse constant.

Il porte la main à sa gorge comme pour en arracher quelque chose.

Il répond aux questions d'une voix traînante et larmoyante, tremble et recule avec effroi quand on évoque devant lui l'image de la guerre. Ses manières sont affectées. Il a des idées de damnation et d'hypocondrie, entretenues par des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il a des idées de tristesse. Il pense qu'il ne guérira pas, qu'il mourra avant la fin de la guerre.

Il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. Le nom de son pays ne lui rappelle rien. Il a oublié même le sien, ne peut dire s'il est marié.

Il a des maux de tête, des cauchemars, des vertiges. Pas de stigmates névropathiques.

Peu à peu son état s'améliore, mais les troubles de la mémoire sont toujours très marqués. Le malade n'a qu'une notion très vague de la vie qu'il a menée sur le front et il a à peu près complètement oublié les événements qui ont motivé et suivi son évacuation. Il croit avoir été renversé par un obus et avoir perdu quelque temps connaissance. La mémoire de fixation est très diminuée.

L'hyperémotivité reste longtemps extrême. Le moindre bruit fait tressaillir le malade et si l'ébranlement émotif est suffisamment intense, apparaît une crise ainsi caractérisée : V... ressent dans la région inguinale droite une sorte de constriction qui gagne rapidement le thorax et le cou. Sa bouche se remplit d'une salive amère qui le dégoûte et qu'il s'efforce de cracher. Il se couche et sombre dans une inconscience à peu près complète. Sa face est congestionnée. Les membres sont souples, les poings serrés. Il entend vaguement les questions qu'on lui pose. Les soins et les exhortations lui sont désagréables. Quelquefois il gesticule. Il n'urine pas sous lui. Il se réveille brisé, rompu, et, dans un état de demi-conscience, il a des hallucinations, de la vue (allemands escaladant la fenêtre de sa chambre).

Les idées délirantes et les hallucinations disparaissent vers le mois d'août. L'hyperémotivité diminue et le malade est envoyé en convalescence de 3 mois en septembre 1916.

A son retour dans le service V... est encore très émotionnable. Il pleure facilement et son visage exprime la terreur si on prononce devant lui les mots « front » « obus ».

Il nous dit avoir la peur en lui. Il a peur du mouvement, peur de la foule, peur du bruit, peur des autos qu'il rencontre.

De temps en temps, il a des vertiges. Quand il descend les escaliers, le vide l'attire et il lui semble qu'il va tomber en avant.

Il souffre de la tête dans la région frontale et au sommet du crâne. Les céphalées ne sont ni très fréquentes, ni très intenses.

La nuit, il dort assez bien, mais rêve parfois. Ses rêves ne se rapportent pas à la vie sur le front.

La mémoire d'évocation, la mémoire de fixation sont atteintes. Il ne peut arriver à graver ce qu'il lit dans son esprit.

A la suite d'une fatigue ou d'une émotion, il a des crises nerveuses analogues à celles qui ont été déjà décrites. Elles apparaissent surtout au crépuscule.

Parfois quelque chose le serre à la gorge. Il est obligé de s'asseoir pour ne pas tomber.

Les idées de tristesse et les idées hypocondriaques ont disparu. Le malade espère guérir et fera son possible dans ce but, mais il n'a pas de volonté. L'affectivité est conservée.

Sous l'influence du traitement, certains symptômes s'amendent. Les crises disparaissent. La peur et l'angoisse s'atténuent dans de notables proportions. Mais apparaissent des scrupules de conscience. Le malade reste exagérément émotif.

Il est proposé pour une réforme temporaire en août 1917.

OBSERVATION XVII

Syndrome mixte, surtout émotionnel.

C... sergent au 96^e de ligne, entre dans le service de M. le Professeur Mairat le 16 décembre 1916.

Antécédents personnels. — Ni alcool, ni syphilis. — Pas de maladies graves. — Marié. — A un enfant venu à terme et bien portant.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux, irritable. Mort. — Mère, âgée de 55 ans, impressionnable. Pleure facilement.

Collatéraux. — Un oncle paternel très irritable. Se met facilement en colère. — A des enfants irritables comme lui. — Une sœur d'un caractère très susceptible.

C... est âgé de 32 ans.

Il a fait son service actif, et, au moment de la déclaration de guerre, il était employé de banque depuis 10 ans.

Mobilisé au début de la campagne, C... a été évacué le 6 juin 1915 dans les circonstances suivantes : le 2 juin, il éprouve une violente émotion. Parti la nuit pour inspecter une tranchée, il se perd dans les boyaux. Il cherche d'abord sa route avec calme, puis l'impatience le gagne. Les balles sifflent. Peu à peu, il succombe à la peur. Il marche dans l'obscurité, angoissé, la gorge serrée quand sa jambe rencontre un obstacle. Il se baisse pour l'écarter et saisit le bras d'un cadavre. Il manque se trouver mal et reste longtemps sans oser remuer. Il se dégage enfin et retrouve son abri il ne sait comment.

Depuis ce moment il est nerveux, inquiet.

Le 6 juin 1915, il est enterré par un obus.

Il perd connaissance deux ou trois heures. Evacué, il reste égaré, désorienté pendant trois ou quatre jours. Il ne se rend

compte de rien. C'est à Cherbourg seulement qu'il reprend conscience. Il est frappé de mutité.

Cette mutité persiste pendant un mois et demi environ, puis disparaît. Mais il reste du bégaiement et un tic de la face.

Envoyé en convalescence fin juillet, C... retourne au dépôt fin décembre 1915.

Il y passe un an, mais n'y fait aucun service.

En janvier, février et mars 1916, il a des insomnies, des cauchemars, des céphalées. Il est très émotionnable.

De mai à octobre son état devient meilleur. Il parle plus facilement. Il dort mieux.

En novembre il retombe peu à peu. Il est triste, préoccupé de sa santé, a des inquiétudes pour son avenir.

Présenté devant une commission de réforme, il est envoyé au centre de Neurologie, où nous avons l'occasion de l'examiner.

Nous le trouvons très émotif. Un rien l'effraie. Ayant vu dans une salle un malade s'agiter, il n'ose se coucher. Son jeune enfant ayant un jour été indisposé, il reste 24 heures sans pouvoir dire une parole. Il a peur de la nuit. Sur la route, il se retourne fréquemment, se croyant suivi et redoutant un mauvais coup. Il tressaille au moindre bruit.

Il souffre de la tête, le matin surtout. C'est, dit-il, comme un cercle qui le serre. La douleur n'est pas intense.

Il a des vertiges dès qu'il est devant le vide. Il se sent attiré.

Il dort mal, se réveille apeuré au milieu de la nuit. Il se lève, se rend compte qu'il est dans sa chambre et, cependant, voit un grand trou dans lequel il a peur de tomber. Ou bien, il se croit attaché sur son lit et fait des efforts pour se libérer.

Il n'y a ni perversions sensorielles, ni délire. C... pense ne jamais avoir déliré.

Le bégaiement persiste, pas très marqué en temps normal, mais notablement accru par les émotions, qui entraînent parfois une mutité passagère.

Le tic, qui consiste en une sorte de clignement de l'œil gauche, est en voie d'amélioration ; il disparaît entièrement par moments et reparait à l'occasion d'une émotion.

L'affectivité est conservée.

La fatigue cérébrale est rapide, et il existe des troubles très marqués de la mémoire et de la volonté. Ce sont ces troubles, bien analysés par le malade, qui l'affectent le plus et sont la source de ses préoccupations et de ses inquiétudes. Nous ne pouvons mieux faire que citer des passages de son auto-observation :

« La mémoire générale, dit-il, est assez bonne. Je remarque cependant que mes souvenirs sont d'autant plus précis qu'ils s'éloignent davantage de ma commotion. C'est ainsi que les événements de mon enfance, de mon adolescence sont mieux gravés dans mon esprit que ceux qui ont précédé immédiatement ma commotion. »

« Si j'essaie de me rappeler les faits saillants de ma vie passée, j'y arrive assez facilement bien qu'il me soit, en général, impossible de préciser les dates et les noms de lieux. »

« J'ai oublié également (sauf quelques exceptions) les noms des personnes que j'ai connues et des endroits où je les ai vues. J'évoque assez bien leur visage, les lieux où je les rencontrais, mais je ne puis mettre un nom ni sur ces visages, ni sur ces lieux. »

« La mémoire professionnelle est à peu près nulle et c'est là mon gros souci. Au moment de la mobilisation je faisais de la banque depuis 10 ans. J'étais aidé par ma mémoire des chiffres et des noms propres excellente, je dirai même au dessus de la moyenne. C'est cette mémoire qui me fait maintenant complètement défaut. Il me semble que je pourrais encore vérifier un service, contrôler un portefeuille, étudier un bilan, mais ce sont là des choses presque élémentaires et au lieu de le faire d'une façon en quelque sorte *mécanique*, j'allais écrire, *instinctive*, comme je l'aurais fait autrefois je ne pourrais y arriver que par un effort intellectuel, une suite de raisonnements plus ou moins laborieux — en réalité par la logique et non par la mémoire.

« Autrefois je connaissais, à peu de chose près, tous les cours cotés, les situations des comptes de la majorité des clients, toutes les questions financières intéressantes. — De tout cela il ne reste plus rien, absolument plus rien. — Un grand trou. — Si je fais un effort pour me souvenir de ces choses-là, qui étaient pourtant tellement élémentaires que j'avais l'impression de les avoir toujours sues, je n'aboutis à rien. Je me fatigue considérablement et en pure perte. »

« J'ai essayé de travailler, de réapprendre. — Encore inutilement. — J'arrive sans trop me fatiguer à travailler pendant une demi-heure environ. Pendant que je travaille, je comprends ce que je lis. Il me semble que je vais pouvoir retenir. Je lis, je relis, j'apprends comme une leçon. Le lendemain, il ne reste plus rien de ce que j'ai lu la veille et, si je relis la même chose, j'ai l'impression de me trouver en présence de quelque chose de nouveau. »

« Il m'est impossible actuellement de retenir ce qui est date, chiffre ou nom propre, de fixer dans mon esprit toute question financière. »

« Par contre, je suis attiré d'une façon toute particulière vers tout ce qui revêt un caractère artistique, en particulier la littérature et la musique. J'avais bien composé quelques vers dans ma jeunesse, et j'ai toujours aimé la musique, mais préoccupé surtout par les affaires, le côté artistique ne tenait dans ma vie qu'une bien faible place avant ma commotion. Maintenant, j'écris des vers sans me fatiguer, et j'ai composé de la musique, chose que je n'avais jamais faite auparavant. »

« Certainement je n'aurais pas été capable de le faire avant la guerre. »

« ...J'étais autrefois très positif, très pondéré, très homme d'affaire. Je ne pleurais jamais, et maintenant si je lis Musset ou si j'entends jouer du Chopin ou du Massenet, je ne peux retenir mes larmes. »

« Je réagis contre ces impressions, car je sens bien que c'est encore une tare pour ma vie de demain, mais il me faut pour cela faire un violent et désagréable effort de volonté. »

« Ma volonté a d'ailleurs été fortement atteinte. J'avais autrefois une puissance de « vouloir » considérable. J'étais patient et tenace.

« Je n'ai plus du tout maintenant ce contrôle de ma volonté. *Je ne sais plus vouloir.* Je prends des résolutions et je n'ai pas le courage de les tenir. Je décide une chose et je ne peux maintenir ma décision. Tous mes actes de volonté se terminent par le même « à quoi bon » qui me fait douter de tout et de moi-même, qui me décourage absolument. »

C... ne présente pas de stigmates névropathiques. Point sus-orbitaire gauche très douloureux avec irradiation occipitale.

Soumis à une rééducation graduelle le malade voyait s'amender lentement les troubles qu'il accusait et partait en convalescence de deux mois, en septembre 1917, sensiblement amélioré.

Revenu dans le service le 28 novembre 1917, C... montrait toujours une émotivité exagérée.

L'élocution était relativement aisée et le tic de la face moins intense.

La mémoire était en progrès, mais les lacunes existantes continuaient surtout à porter sur la mémoire professionnelle.

Le travail était pénible, la fatigue physique rapide, le sommeil mauvais. C... avait des cauchemars se rapportant à sa profession.

L'inquiétude persistait touchant son avenir et l'exercice de sa profession. De plus C... était fort affecté d'une agénésie qu'il disait complète.

L'affectivité était conservée.

Un nouveau traitement était établi.

Le malade allait passer plusieurs heures par jour à la Société générale. Au lieu de se livrer à un même travail, il passait d'un guichet à un autre, s'occupant tantôt d'une question, tantôt d'une autre et cela sans arriver jusqu'à la fatigue.

Peu à peu la fixation des souvenirs devenait meilleure. C... acquerrait définitivement tout ce qui, dans la banque, concerne le contrôle, la comptabilité, la caisse, les coupons.

Le tic de la face s'améliorait.

La volonté redevenait plus ferme, la peur disparaissait, l'inquiétude relative à son avenir s'atténuait dans de notables proportions. De même disparaissait l'exaltation musicale et poétique.

Mais il persistait un fond d'hyperémotivité incompatible avec le service armé.

C... était proposé pour le service auxiliaire et quittait le service le 12 avril 1918.

OBSERVATION XVIII — (Margarot).

Syndrome émotionnel secondaire.

M... 41 ans, fantassin. — Entre à l'ambulance le 20 décembre 1915.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant.

Antécédents personnels. — Petite vérole à 8 ans. Essoufflement facile. Rhumatisme. Se met facilement en colère.

Le 12 décembre 1915, il était au créneau quand un obus rapproché lui envoie des éclats de terre dans la figure, dans les yeux et sur la tête. Il n'a pas été enterré, mais étourdi sans toutefois perdre connaissance, et a pu se rendre au poste de secours. Là, au bout d'une demi heure, il a tremblé, ressenti un violent serrement de poitrine et de fortes palpitations. Sa vue s'est troublée. Alors seulement il a eu peur.

Le malade indique très nettement que les sensations physiques ont précédé la peur. L'émotion ne s'est produite que quand il s'est rendu compte de ce qui s'était passé.

Il ne croit pas avoir de cauchemars, mais au début du sommeil il est souvent réveillé en sursaut, se met à trembler, a des frissons. Sa poitrine se serre, son cœur bat, il éprouve des douleurs dans les jambes. Il a parfois des brouillards devant les yeux. A 8 heures, et à 15 heures, il présente une phase de tremblements. Pas de vertiges. — Inertie intellectuelle. — Mémoire d'évocation assez affaiblie. — Le malade, pour donner des explications, cherche ses mots. — Il se fatigue rapidement lorsqu'il veut faire un effort intellectuel. — Anorexie. — Selles régulières. — R.O.C. 66/64.

21 décembre. — Céphalalgie et douleurs dans la nuque. — 84/60.

22 décembre. — Va un peu mieux. — 90/32.

24 décembre. — Etat stationnaire. — Se plaint de la tête, des reins et des genoux. — R.O.C. 90/72.

OBSERVATION XIX — (Margarot)

Syndrome mixte, — surtout émotionnel.

B..., fantassin, 32 ans. — Entre à l'ambulance le 26 novembre 1915.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler.

Le 14 novembre 1915, il est renversé par un obus de 77 qui éclate tout près de lui. Erafure du cuir chevelu. Il ne perd pas entièrement connaissance, mais reste un moment sans se rendre compte de ce qui vient de se passer. Au poste de secours, il

entend raconter l'accident et il éprouve une très violente émotion. Son cœur battait très fort et sa poitrine était serrée. Les premières nuits qui ont suivi l'accident, il n'a pu dormir tant il était énervé. Il ne pouvait manger à cause d'une sensation de serrement de la gorge et d'oppression.

Il est constipé, se plaint d'éblouissements, de bourdonnements d'oreille. — Céphalalgie. — Le moindre bruit le fait sursauter, surtout quand il est assoupi. Il n'a plus entendu d'éclatements d'obus depuis son accident, mais redoute de remonter en ligne.

27 novembre. — R.O.C. 98/102.

30 novembre. — Il arrive à dormir, mais a des cauchemars et des réveils en sursaut. — 122/108.

3 décembre. — A toujours des réveils en sursaut. Le jour a des éblouissements et des vertiges. — Les objets tournent autour de lui. — Au point de vue général il se sent mieux. — R.O.C. 102/88.

6 décembre. — L'amélioration continue. — 108/72.

Sort guéri.

OBSERVATION XX — (M. le Professeur agrégé Euzière)

Syndrome émotionnel

L'observation concerne une dame X..., soumise à une expertise médico-légale à la suite d'un accident de chemin de fer

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Il faut noter pourtant que le père de la malade avait 50 ans au moment où elle est née.

Collatéraux. — Une sœur morte à 27 ans. Toussait. — 4 frères ou sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels. — N'était pas nerveuse. N'a jamais eu de crises. — Est près de la ménopause.

Madame X... se trouvait un jour dans un train en compagnie de sa fille. Elle sommeillait quand un cri de sa fille la réveille en sursaut. « Il va y avoir un déraillement. » Le convoi descendait en effet une pente avec une rapidité vertigineuse, et le wagon dans lequel étaient les deux voyageuses finit par être précipité dans un ravin.

Sous la violence du choc, il est possible que Mme X... et sa fille aient perdu quelques instants connaissance, mais ce fut pour un temps très court.

Mademoiselle X... retrouve la première ses sens et, toute entière à la joie de se voir vivante ainsi que sa mère, elle ne fait pas attention à ses blessures.

Mais Mme X..., la regarde très effrayée, les yeux hors de la tête et lui crie : « Tu as le crâne ouvert. »

En effet, un lambeau important du cuir chevelu et de la peau du front avait été arraché et pendait sur la face, couvrant presque entièrement l'œil gauche.

Secourues très rapidement, les victimes de l'accident, recevaient des soins appropriés dans une gare voisine, puis étaient ramenées chez elles en automobile.

Madame X..., avait eu la colonne vertébrale assez fortement comprimée dans la région dorsale. Elle portait au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droit un hématome assez volumineux, et de nombreuses contusions de la moitié gauche de la face. Il n'y avait ni fractures, ni lésions d'organes.

Après le traumatisme, Mme X... témoigne une grande excitation. Elle ne restait pas un moment en repos et faisait sans cesse avec volubilité le récit de l'accident.

Les deux blessées durent garder le lit quelques jours. La première, Mlle X... se leva et s'approcha de sa mère pour l'embrasser. Mais elle fut douloureusement surprise de l'entendre lui dire « ne t'approche pas, tu me fais horreur. »

Ce fut là la première manifestation de troubles psychiques qui allèrent s'aggravant et nécessitèrent le placement de Mme X... dans une maison de santé.

C'est là que les experts ont eu l'occasion d'examiner la malade, et ce n'est pas sans méfiance qu'elle s'est soumise à leurs investigations.

Elle ne présente plus aucune trace locale des contusions qu'elle a reçues. Tous les organes et appareils fonctionnent normalement. Du côté du système nerveux en particulier, on ne note aucun signe de lésion organique. Il n'y a pas de paralysies. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Les réflexes rotuliens sont vifs. Pas de réflexe plantaire, pas de Kernig, pas de douleur à la percussion de la colonne vertébrale.

Il existe des stigmates d'hystérie consistant en une hémianesthésie de tout le côté gauche, une anesthésie très profonde du pharynx, un dermatographisme très manifeste avec relief, quelques troubles vaso-moteurs localisés au côté gauche et se marquant par une diminution appréciable de la température de ce côté du corps. La pression des zones hystérogènes est douloureuse et s'accompagne d'une sensation de striction à la gorge. Anesthésie conjonctivale absolue.

La malade a pris sa fille en horreur. Elle a longtemps refusé de l'embrasser et même de la voir. Le seul fait de lui parler d'elle suffisait à provoquer des crises dont nous indiquerons plus loin les caractères. Actuellement, elle tolère la présence de son enfant, mais ne veut toujours pas l'embrasser. Le fait est d'autant plus anormal que Mme X... témoigne la plus vive amitié à une malade fort désagréable.

Jour et nuit, sans raisons apparentes, Mme X... présente des hallucinations surtout visuelles.

La tête sanglante de sa fille apparaît telle qu'elle était au moment de l'accident. Ou bien la malade revoit la figure d'un inspecteur de la compagnie venu chez elle pour prendre de ses nouvelles.

La nuit, il lui arrive aussi d'entendre des voix, particulièrement celle de l'inspecteur. Peut-être s'agit-il là de simples illusions.

Mme X... a accusé à un moment donné des idées de suicide, mais elles semblent avoir perdu de leur fréquence et de leur force.

Les crises convulsives auxquelles nous avons déjà fait allusion, apparaissent brusquement, s'accompagnent de cris, de contorsions allant jusqu'à faire décrire à la malade un arc de cercle. Elles se terminent par des larmes. Il n'y a pas de morsure de la langue, pas d'écumé, pas d'émission d'urine, pas d'amnésie consécutive. Nombreuses au début (7 à 8 par jour) une émotion un peu forte suffisait à les faire apparaître. Elles sont devenues beaucoup plus rares.

Mme X... qui était autrefois active et qui, à la mort de son mari, se mit courageusement et intelligemment à la tête de ses affaires, est devenue incapable de tout effort suivi.

Elle ne peut arriver à fixer son attention. Elle est lasse dès qu'elle essaye de travailler et sa volonté est absente.

L'atteinte de la mémoire est incontestable. La malade qui peut donner des renseignements très précis sur ses antécédents, prétend avoir oublié son âge et celui de sa fille. Mais il y a plutôt là peur de l'effort que perte du souvenir. Les troubles sont plus nets quand on l'interroge sur les circonstances de l'accident.

Elle ne peut faire du détaillement qu'un récit vague et incomplet. Elle ne sait ce qui s'est passé, ne se rappelle pas de l'endroit où elle a été transportée. Elle n'a que le souvenir précis de sa fille défigurée.

Deux ans après cette expertise, la malade soumise à un deuxième examen, est dans un état analogue à celui qu'elle présentait d'abord.

On note chez elle un mélange de chatterie et d'indocilité qui sont le fait d'une enfant boudeuse, cherchant à se rendre intéressante.

A ce puérilisme, s'ajoutent des crises convulsives rapidement interrompues par la pression des zones ovariennes, et quelques paroles sévères dites sur un ton d'autorité.

Mme X... accuse encore de vagues douleurs présentant des sièges divers et variables.

Elle n'a plus d'idées de suicide ni les hallucinations au cours desquelles elle voyait la tête de sa fille ou la figure de l'inspecteur des chemins de fer.

Elle ne consent à embrasser sa fille qu'en prenant certaines précautions qui lui permettent d'éviter le côté du visage qui fut blessé. Tout sentiment de répulsion a disparu.

2° Description clinique

Nous pouvons dégager des observations que nous venons de publier la physionomie clinique spéciale du syndrome émotionnel.

A. — PHÉNOMÈNES MARQUANT LE DÉBUT.

Les émotions de guerre ont servi dans bien des cas de point de départ aux troubles spéciaux, caractéristiques du syndrome émotionnel que nous étudions. Malheureusement, il s'agit presque toujours de manifestations ayant pour origine l'éclatement d'une torpille, d'un obus, d'une mine. Il en résulte une fréquente association d'une commotion, et il est souvent difficile de distinguer les manifestations qui relèvent strictement de l'émotion choc, de celles qui traduisent plus spécialement l'ébranlement organique commotionnel.

Toutefois, l'analyse des observations dans lesquelles le traumatisme psychique ne s'accompagne d'aucun traumatisme aérien, nous fournit un critère assez précis. Il s'agit dans ces cas, soit d'émotions qui n'ont pas les événements de guerre pour origine, (peur d'un chien enragé, Obs. xxix) (tentative de viol, Obs. xxiii) etc... soit d'émotions de guerre dont on a pu éliminer tout facteur commotionnel (Ob. I — peur d'une balle).

Le phénomène initial consiste en une émotion très violente dont les réactions s'exagèrent au plus haut point (Obs. II, III, V, VII, IX, etc.) Les sujets sont d'abord comme cloués sur place. Leur poitrine se serre. Ils ont de l'angoisse et respirent difficilement. Les yeux sont saillants et brillants,

les pupilles dilatées, la gorge sèche. (Obs. II, V, XVII, XVIII, XIX). Ils tremblent. Parfois, une transpiration abondante s'établit (Obs. VIII). Il s'agit habituellement d'une sueur froide et visqueuse. Dans quelques cas, une incontinence subite des sphincters a pour conséquence une émission involontaire d'urine (Obs. XXX), ou très exceptionnellement de matières fécales.

Il n'existe dans le champ de la conscience qu'un sentiment de terreur intense associé à l'idée de l'événement qui a provoqué le paroxysme émotif. Les sujets ne perdent pas connaissance, mais sont tout entiers à l'impression pénible qu'ils ressentent. Ils ont l'air d'être plongés dans la stupeur et en réalité, leur cerveau est fermé à tous leurs souvenirs et à toutes les impressions du dehors excepté aux souvenirs et aux impressions qui se rapportent à l'émotion choc (Obs. II, III, VI, VII, IX, etc. . .)

Leur instinct de conservation survit et commande la plupart des actes de défense qu'ils accomplissent. Léri a très bien ~~mais~~ ce fait en lumière. Il écrit : « L'émotionné se relève prestement s'il est tombé, se retourne, s'il allait de l'avant et c'est rapidement, courant s'il le peut, en boitant ou en titubant à la rigueur, qu'il arrive **tout seul** au poste de secours ». (Obs. II, XVIII).

Ces phénomènes de début sont à peu près identiques dans tous les cas. Ils sont à notre avis caractéristiques de l'émotion choc et ce sont eux qu'il faut rechercher lorsqu'on veut se rendre compte s'il n'existe aucun trouble d'origine émotionnelle dans un syndrome de commotion.

Ces recherches nous ont permis de voir que le syndrome émotionnel ainsi caractérisé par ce mode de début pouvait apparaître dans trois conditions principales :

1° Il peut être primitif. Nos observations I, II, III, IV, V, VI, IX, X, nous en fournissent des preuves.

2° Il peut être secondaire à une commotion, mais dans ce cas les faits observés sont ordinairement les suivants : un sujet est commotionné par l'explosion d'un obus. Il perd connaissance, revient à lui au bout d'un temps

variable, habituellement au poste de secours. Là, on lui raconte l'accident dont il a été victime. On lui apprend que tel et tel de ses camarades ont été tués. Souvent même il les trouve à ses côtés horriblement mutilés. Il se représente alors la scène telle qu'elle a dû se passer et se rend compte du danger terrible qu'il a couru. Il en résulte une émotion violente dont l'intensité se traduit par des phénomènes identiques à ceux que nous avons précédemment décrits. Un syndrome émotionnel secondaire se trouve ainsi constitué. (Obs. xviv).

3° Dans un petit nombre de cas, en dehors de toute commotion véritable, il arrive que l'éclatement d'un projectile cause sur le moment plus de surprise que de peur. C'est seulement lorsque le sujet se rend compte de ce qui a failli lui arriver, qu'il présente une violente réaction émotive. (Obs. xviii).

Tels sont résumés les phénomènes qui s'observent chez un émotionné pendant tout le temps qu'il reste sur le champ de bataille.

B. — MANIFESTATIONS CONSÉCUTIVES SUIVANT DE TRÈS PRÈS LES PHÉNOMÈNES DU DÉBUT.

Examinons maintenant l'émotionné lorsqu'il se croit en sûreté, au poste de secours, à l'ambulance, d'une manière générale en dehors de la zone dangereuse.

De nombreux auteurs ont remarqué qu'à ce moment là seulement apparaissaient des troubles nerveux d'allure pithiatique, tels que crises convulsives, paralysies, bégaiement, mutisme, etc... Le fait n'est pas douteux, mais il s'agit là, à notre avis, de manifestations hystériques indépendantes du syndrome émotionnel, bien que ce dernier ait joué vis-à-vis d'elles le rôle de cause provocatrice.

Aussi laisserons-nous pour l'instant ces phénomènes de côté pour nous occuper strictement des manifestations émotionnelles.

La cause de la peur a cessé d'agir, et, cependant, la peur subsiste. Les sujets conservent leur apparence de torpeur. (Obs. II, III). Le même sentiment de terreur occupe tout le champ de leur conscience.

La persistance de l'impression d'horreur peut se traduire par des hallucinations. Il semble que l'effroyable vision se soit cristallisée dans le cerveau de ces hommes. Il n'existe plus de place pour le souvenir ni pour les sensations actuelles. Ils continuent à vivre la scène qui les a si profondément impressionnés. (Obs. I, II, VII, VIII, IX, X, XIII).

Ils s'imaginent être enterrés, font des efforts pour se dégager. (Obs. VI, VIII) ; ils voient les Allemands escalader la fenêtre de leur chambre et crient : « au secours ! les boches ! » (Obs. XVI) ; ils tombent dans une embuscade (Obs. XIII), etc..., etc...

Il s'agit de manifestations qui étant donnée l'apparence de trouble et d'obnubilation de ces sujets (Obs. IX) pourraient faire croire à de la confusion mentale hallucinatoire. Il n'en est rien. Les hallucinations et le délire qui les accompagnent revêtent constamment le type onirique. Les exemples que nous avons cités le démontrent très nettement.

Leur évolution est encore très caractéristique à cet égard. Les observations de Margarot, antérieures à la guerre, mettent déjà en évidence le mode de succession des faits. Les travaux de Mairet et Piéron ont permis de fixer la formule définitive de cette évolution.

D'une façon générale, le délire hallucinatoire, d'abord continu, présente des périodes d'accalmie et ne se manifeste plus que sous forme de paroxysmes. Ces paroxysmes sont constitués par des crises oniriques au cours desquelles reviennent toujours les mêmes visions terrifiantes et le même délire. (Obs. I, II, XII, XIII, XVI, XXII).

L'amélioration se poursuivant, l'onirisme ne donne plus lieu qu'à des cauchemars nocturnes. Ceux-ci provoquent habituellement le réveil et se poursuivent pendant quelques secondes à l'état de veille. (Obs. VIII, X, XIV, XVI, XVII)

Suivant l'intensité des réactions émotionnelles, on peut observer divers types de malades.

Premier type. — *Forme grave.* — Les sujets présentent un délire onirique, d'abord continu, de plus ou moins longue durée. Ce délire se condense ensuite et ne réapparaît que par intermittences. Il s'atténue finalement, et on n'en retrouve la trace que dans les cauchemars. (Obs. I, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XXIII).

Deuxième type. — *Forme moyenne.* — L'intensité des émotions subies par les sujets, peut entraîner des paroxysmes délirants, mais ceux-ci sont peu nombreux et de courte durée. Les manifestations oniriques se réduisent à des rêves angoissants au cours desquels les malades revivent la scène qui les a bouleversés. (Obs. II, V, VI, VIII).

Troisième type. — *Forme légère.* — Des cauchemars semblables à ceux qui précèdent, mais très atténués, se produisent seuls. Il n'existe jamais de délire. (Obs. VII, IX, XIX).

C. — LE SYNDROME ÉMOTIONNEL CONSTITUÉ.

Quelle que soit son intensité, quels qu'aient pu être le caractère et la violence des manifestations oniriques du début, le syndrome émotionnel une fois constitué se présente à nous avec :

1° des manifestations oniriques habituellement très courtes et presque toujours réduites à des cauchemars nocturnes ;

2° un état mental particulier qu'il est possible d'observer dans l'intervalle des paroxysmes précités.

Nous ne reviendrons pas sur les premiers troubles que nous avons suffisamment décrits.

Il nous reste à montrer quelles sont les caractéristiques de l'état mental.

A ce point de vue, nous devons envisager deux catégories de malades :

A. — **Syndrome émotionnel léger.** — Les malades de cette première catégorie sont de beaucoup les plus nombreux. Ils constituent la majeure partie des cas que Margarot et nous-même avons pu observer. Leur histoire se résume aisément.

A la suite d'une violente émotion, un sujet présente pendant quelques jours l'apparence d'une légère torpeur cérébrale, mais si son attention est diminuée, si sa volonté est absente, sa mémoire est en général conservée. Seule la persistance du sentiment de peur entraîne ce semblant de torpeur. (Obs. II, III).

Le malade est indifférent à tout ce qui l'entoure, sauf à ce qui peut se rapporter à son état d'émotivité. L'état dans lequel il se trouve est en somme comparable à la distraction banale. Alors qu'il paraît complètement absent, il suffit de l'interpeller brusquement en lui demandant à quoi il pense pour le voir répondre aussitôt. Il songe, dit-il, aux dangers auxquels il a échappé. Il revit les moindres détails de l'accident dont il a été victime. (Obs. IX).

Il est très peureux. Le moindre bruit le fait sursauter. (Obs. I, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, etc.). Il accuse des douleurs de tête, et parfois quelques vertiges et des éblouissements. (Mêmes observations). — Ceux-ci consistent en un obscurcissement passager de la vue, avec apparition de points lumineux. (Obs. VI et XI).

Au bout de quelques jours, le sujet est moins absorbé. Il semble s'éveiller, non pas de sa stupeur, mais de son rêve. Il raconte que ses cauchemars sont moins fréquents et ne se rapportent plus d'une façon aussi précise à la scène qui a déclenché le syndrome émotionnel.

Son émotivité s'atténue parallèlement. Les éblouissements et les vertiges disparaissent.

Après un séjour d'une semaine à un mois dans une formation sanitaire de l'avant (ambulance ou centre neurologique d'armée) le malade peut être renvoyé sur le front.

Pendant quelque temps, il reste très impressionnable. Le sifflement des premiers obus lui cause une peur violente.

Progressivement, si on a la sagesse de ne l'amener en première ligne que par étapes successives, l'émotivité peut disparaître et le sujet peut être considéré comme complètement guéri.

Une semblable évolution est celle qu'on observe chez des malades ne présentant aucune prédisposition névropathique.

Devaux et Logre font très justement remarquer que la résistance morale du soldat bien équilibré est au-dessus des émotions de guerre.

« L'accoutumance accomplit son œuvre habituelle, même chez les grands émotifs. Ils s'entraînent et s'aguerrissent, mais, à certains jours, après des secousses plus vives ou par suite d'oscillations spontanées de l'humeur, on peut constater chez eux des défaillances passagères qui étonnent. Leur bravoure, capable de s'élever aussi haut que celle des sujets mieux équilibrés, apparaît en général moins stable et moins sûre. »

B. — Forme grave du syndrome émotionnel. — Cette forme constitue le syndrome émotionnel proprement dit, celui qui a donné lieu à des études très précises dans les hôpitaux de l'intérieur. MM. Mairét et Piéron en ont fixé les caractères cliniques essentiels.

Contrairement à la forme précédente, elle se trouve le plus souvent réalisée chez des prédisposés.

On peut relever dans les antécédents des malades, soit une prédisposition névropathique générale ou spéciale, soit plus volontiers ce mode particulier de prédisposition que Dupré a étudié sous le nom de *constitution émotive*. (Obs. x, xi, xv, xvi, xvii).

Alors que d'une façon générale, les émotionnés du premier groupe sont susceptibles de s'accoutumer de nouveau aux émotions de guerre, les malades que nous allons maintenant

étudier présentent une sensibilisation progressive à ces mêmes émotions.

Une expression courante recueillie auprès de nombreux combattants montre qu'il s'agit là d'un fait d'observation banale. « Les uns se font, disent-ils ; les autres se défont. »

La forme grave du syndrome émotionnel est caractérisée, ainsi que l'ont montré Mairet et Piéron par les troubles suivants :

1° Une hyperémotivité à forme d'inquiétude et de peur, avec, au début, un délire hallucinatoire à caractère onirique et plus tard, quand celui-ci a disparu, avec persistance de cauchemars ;

2° Une fatigabilité cérébrale avec aprosexie, amnésie de fixation, lenteur dans l'évocation volontaire et embrouillement facile ;

3° Des céphalées qu'exaspère l'effort mental. »

Nous laissons de côté le délire hallucinatoire qui constitue une manifestation inconstante du début des accidents et que nous avons étudié plus haut.

L'hyperémotivité présente le caractère d'une véritable anaphylaxie émotive en ce sens qu'elle est spécifique. Un individu impressionné, nous allons écrire sensibilisé par des sifflements rapprochés de balles, éprouvera une violente émotion dès qu'il entendra un bruit qui lui rappellera ce sifflement. (Obs. I). — Margarot a observé un débile qui ne pouvait supporter la vue du sang. Les plus violents bombardements le laissaient impassible tant qu'aucun de ses camarades n'était tué ni blessé sous ses yeux. Une hémorragie le plongeait dans une véritable crise de terreur. Certain jour, descendant des lignes après avoir traversé un tir de barrage qui ne l'avait nullement inquiété, il trouve sur sa route un chien écrasé par un camion. Il est pris d'une angoisse subite et s'enfuit.

L'hyperémotivité est donc rigoureusement circonscrite aux seules émotions de même nature que l'émotion initiale qui a créé le déséquilibre émotif. (Obs. XI, XII, XVI).

Dans certains cas, cependant, il n'en va pas de même. L'hypéremotivité est générale. Il existe une véritable anxiété diffuse qui trouve un objet dans tous les incidents de la vie courante. (Obs. x, xiii, xvii). Pour continuer la comparaison que nous avons faite plus haut on peut dire qu'il s'agit encore d'un phénomène d'anaphylaxie émotive, mais cette anaphylaxie est générale. On sait en effet que dans certains cas de sensibilisation par des substances déterminées, l'injection déchaînante peut être faite non seulement avec l'albumine spécifique mais avec d'autres albumines.

Cette émotivité anormalement accrue donne lieu habituellement à des syndromes anxieux de divers types qui sortent du cadre du syndrome émotionnel proprement dit et que nous étudierons dans le chapitre des complications.

Cette vigilance de l'émotivité ferme le champ de la conscience à tout ce qui ne gravite pas immédiatement autour du sentiment de peur. Elle barre la route aux impressions du dehors comme aux souvenirs et aux sentiments existant antérieurement. Il en résulte au point de vue affectif de l'indifférence, au point de vue intellectuel de l'inertie.

Étudions successivement à ce point de vue la réaction de l'être affectif et de l'être intellectuel.

Il existe au plus haut degré chez quelques malades un phénomène qui a été étudié par Blondel sous le nom de « *paradoxe affectif*. » Alors que le moindre bruit les fait sursauter et que l'idée de remonter en ligne leur cause les pires angoisses, ils sont complètement insensibles à tout ce qui touche à leur famille. Certains sujets manifestent une véritable répulsion pour leurs proches. (Obs. xx). — Les sentiments esthétiques n'ont plus de sens pour eux. La notion du devoir, les convictions religieuses ne jouent plus aucun rôle dans leurs actes. Ils ont peur et leur poltronnerie ne connaît aucun frein. (Obs. ii, xi). — De nombreux cas de désertion soumis à l'expertise médico-légale se rapportent à des fugues dues à une violente émotion de peur qui avait fait table rase de tous les autres sentiments.

Au point de vue intellectuel, nous assistons à des phénomènes de même ordre.

Dans les syndromes légers, ou même au début de la forme actuelle, nous avons noté un ensommeillement apparent, une torpeur factice assez analogue à celle des mélancoliques qui présentent une concentration douloureuse de leurs idées sur un petit groupe de faits. La persistance de ces états émotionnels ayant pour conséquence un arrêt de fonctionnement prolongé des diverses facultés intellectuelles, entraîne de véritables troubles de l'intelligence dont la réalité a été démontrée par Mairét et Piéron et que nous allons maintenant étudier.

Le phénomène le plus aisé à mettre en évidence, c'est l'aprosodie. Les malades ne peuvent absolument pas fixer leur attention. Quelques-uns sont capables d'un léger effort quand une sollicitation énergique les y contraint, mais ceux-là sont rares (Obs. VIII, IX, XX).

Ils offrent de la paresse mentale, de la lenteur dans les processus associatifs. Ils s'embrouillent facilement, sont impuissants à retenir quoi que ce soit. (Obs. I, II, III, VIII, X, XII, XVI, XVII, XX).

Une malade que nous avons vue dans le service de M. le Professeur Mairét présentait au plus haut degré cette amnésie de fixation.

Par contre l'amnésie d'évocation est rare et nous avons déjà insisté sur ce fait précédemment. (Obs. I, X, XVI, XVII).

Examinés à un moment assez rapproché de l'émotion choc, les malades peuvent encore raconter leur vie antérieure et ce qui s'est passé depuis l'accident.

Plus tard, toutefois, il n'en va pas de même. La mémoire présente de nombreuses lacunes. Celles-ci portent le plus souvent sur les épisodes oniriques. Dans quelques cas, plus rares, l'amnésie s'étend à certaines mémoires spéciales. Un agriculteur (Obs. X) a oublié les termes techniques de son métier, le nom des plantes, des engrais, leur mode d'emploi, la date des semencements. — Un comptable (Obs. XVII) a oublié les cours cotés, la situation des comptes

de ses clients, toutes les questions financières. Chez ce dernier d'ailleurs, la commotion est associée à l'émotion.

Mais il s'agit là de faits qui sortent peut-être encore des limites du syndrome émotionnel pur. Ce sont des complications, exceptionnellement réalisées. Elles ont nécessité peut-être d'autres facteurs étiologiques qu'une émotion.

L'observation la plus caractéristique (Obs. xvii) se rapporte, nous l'avons déjà signalé, à un syndrome mixte à la fois commotionnel et émotionnel. Il s'agit d'un phénomène de dissociation mentale dont l'étude serait peut-être mieux placée avec celle des psychoses et des psychonévroses greffées sur le syndrome émotionnel.

Il existe, nous l'avons montré, un contraste saisissant entre l'émotivité toujours en éveil de certains sujets vis-à-vis de certaines impressions spécifiques et l'indifférence affective dont ils font preuve touchant les autres sentiments. La même opposition frappante se manifeste entre leur inertie intellectuelle générale, et la vigilance extrême de cette intelligence dès qu'elle s'applique à un groupe de faits se rapportant à l'émotion initiale.

Nous avons déjà cité l'opinion de Léri. Selon cet auteur, quel que soit le degré d'obnubilation des émotionnés, l'instinct de conservation reste entièrement agissant. Nous avons observé avec Margarot des faits qui confirment cette hypothèse.

Certains sujets ont leur attention si fortement et si exclusivement orientée vers la perception possible de certaines impressions, que leurs sens finissent par acquérir une véritable hyperesthésie vis-à-vis de sensations déterminées. Ces constatations ont été surtout faites chez des émotionnés renvoyés au front et maintenus en première ligne.

L'un deux entendait avant tous ses camarades le sifflement d'un obus dont le point de chute devait être très rapproché.

On sait qu'au bout d'un certain temps, les soldats

finissent par distinguer (à peu près) d'après le caractère du bruit d'arrivée d'un projectile si ce dernier « est pour eux ou pour les autres ». Notre émotionné percevait avant qui que ce soit le sifflement encore lointain et ses camarades étaient prévenus du danger en le voyant baisser la tête.

En ce qui concerne l'activité volontaire des grands émotionnés elle est entièrement dominée par des réactions de défense dictées par l'instinct de conservation. En dehors de ces réactions très spéciales, on ne constate aucune manifestation de l'activité volontaire. L'aboulie est complète. (Obs. x, xvi, xvii, xx).

Il nous reste pour terminer le tableau clinique du syndrome émotionnel, à dire un mot des troubles fonctionnels présentés par les malades.

La plupart d'entre eux présentent des céphalées, des éblouissements et des vertiges (Obs. x, xi, xii, xiii, etc...), auxquels se joignent fréquemment de nombreux stigmates de l'hystéro-traumatisme (hyperesthésies, zones hystérogènes, mutisme, surdité, crises, paralysies, plicatures, etc..., etc...) (Obs. xi, xv, xvi, xx, etc.).

A notre avis, il s'agit là de phénomènes surajoutés que nous retrouverons dans le cours de cette étude.

CHAPITRE II

SYNDROME ÉMOTIONNEL

CONSÉCUTIF A DE PETITES ÉMOTIONS RÉPÉTÉES

Nous avons vu quels étaient les troubles provoqués par l'émotion-choc. Ils se traduisent essentiellement par une hyperémotivité considérable et un déséquilibre affectif conditionnés par un incident fondamental.

Les petites émotions répétées agissent d'une façon tout à fait différente et créent le plus souvent des syndromes psychasthéniques.

Déjerine l'avait déjà montré avant la guerre et Meige remarquait également que les tracas incessants, les complications interminables d'une existence difficile provoquaient plus souvent la neurasthénie qu'un choc émotionnel brutal.

Ce qui domine chez les malades de cette catégorie c'est plutôt, comme le note Léri, une sensation d'asthénie qu'une asthénie véritable.

Il s'agit souvent d'officiers appelés à remplir des fonctions dont chaque détail d'exécution entraîne la peur d'une responsabilité délicate. De tels sujets, en proie à de continuels soucis, ne tardent pas à en être excédés. Ils finissent par se croire incapables d'accomplir correctement leur tâche quotidienne. Ils deviennent volontiers nosophobes et hypocondriaques.

Un officier gestionnaire, chargé d'un important service, demande à être placé en sous-ordre. Il ne peut plus résister à l'action déprimante des multiples préoccupations qu'il lui occasionnent tous ses actes d'administration.

Les petites émotions répétées restent quelquefois longtemps sans influence sur la santé psychique d'un individu. Celui-ci même semble immunisé contre elles. Mais, que survienne une émotion différente de celles qu'il a coutume d'endurer et le syndrome neurasthénique se déclenche.

C'est dans de semblables faits qu'il faut voir l'origine de certains syndromes anxieux de guerre dont nous dirons seulement quelques mots.

Beaucoup de soldats, souvent très courageux, indifférents en apparence aux émotions d'ordre strictement militaire, n'en sont pas moins énervés par elles, d'ailleurs à leur insu. Sous l'influence d'un chagrin d'ordre intime, ils réalisent des syndromes mentaux à forme d'inquiétude, avec anxiété et angoisse. Ces derniers ont leur point de départ dans des préoccupations variées, jalousie, exagération des sentiments familiaux, craintes au sujet de la santé d'êtres chers, vexations, espoirs déçus, etc...

L'inquiétude est quelquefois telle que certains sujets finissent par désertier.

Une variété curieuse des troubles que nous venons de signaler, a été observée au moment de la démobilisation.

Des combattants, qui avaient fait toute la campagne, connu mille privations, traversé de pénibles circonstances et subi bien des émotions, s'étaient habitués à une existence en quelque sorte automatique.

Revenus à la vie civile, et surpris par des conditions de vie toutes nouvelles, ils se croient incapables de s'adapter et tombent dans un état psychasthénique souvent très grave.

Tel le canonnier dont nous publions l'histoire.

OBSERVATION XXI — (Margarot)

Syndrome psychasthénique

C... 43 ans, limonadier. — Entre le 12 avril 1919 dans le service de M. le Professeur Mairét.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Nie la syphilis.

A été mobilisé dans l'artillerie le 16 août 1914. C... dit n'avoir jamais été évacué pour maladie. Il a seulement eu une entorse.

En revanche il a beaucoup souffert de la fatigue et a subi une série d'émotions de guerre. De plus, il a perdu sa femme en 1915. L'idée de cette mort l'a longtemps déprimé. A la fin de la guerre elle lui venait moins à l'esprit.

Au régiment, il buvait un peu de vin, mais assure qu'il prenait très peu d'alcool dans la vie civile.

Libéré le 30 janvier 1919, il n'a pas retrouvé son métier de limonadier. Il a essayé de travailler à la gare, mais s'en est senti incapable. Depuis qu'il a quitté l'armée, il a, dit-il, comme un « retournement du cerveau ». Il est énervé, ne peut tenir en place. Il ne peut faire face aux difficultés de la vie nouvelle qui commence pour lui. Il est très préoccupé du lendemain, a peur de ne pas gagner assez pour assurer son existence.

Son inquiétude, son anxiété n'ont commencé que du jour où il a été démobilisé.

Les idées, dit-il, vont et viennent. Il ne peut les endiguer. Elles ne portent pas toujours sur un même objet, mais conservent le même tour : la préoccupation. Certains jours c'est le souci de son avenir et son manque de situation qui lui causent le plus de peine. Parfois il est triste parce qu'il pense à la mort de sa femme. A un autre moment il est inquiet pour sa santé. Il craint d'être très malade. C'est lui qui a voulu entrer à l'hôpital pour se soigner. Le lendemain de son arrivée, on lui demande s'il n'a pas la syphilis. Il prétend ne pas l'avoir, mais redoute la contamination dans un service où il y a des cas de syphilis nerveuse.

On ne trouve ni idées délirantes, ni perversions sensorielles. Il a parfois des bourdonnements d'oreille et sa bouche est souvent mauvaise.

Il souffre de temps en temps de la tête. Ce n'est pas une douleur aiguë, mais plutôt une sensation de lourdeur.

Au point de vue organique, on ne note aucune lésion organique du système nerveux. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. — Réflexes tendineux positifs. — Réflexe masséterin exagéré. — Réflexe oculo-cardiaque légèrement inversé : 48/50.

L'appétit est assez bon. — Le malade présentait même à son entrée une véritable boulimie qui est calmée et a fait place à un peu d'anorexie.

Les différents appareils sont normaux. Il existe simplement un léger degré d'hypertension artérielle : $Mx=14$. $Mr=10$ au Laubry.

Les urines sont normales.

En somme, il s'agit d'un homme qui avait résisté à toutes les fatigues de la guerre, aux émotions du combat, à des chagrins domestiques. Il a pu jusqu'au dernier jour faire régulièrement son service, mais, le moment venu, il a été incapable de s'adapter à de nouvelles conditions d'existence.

L'état psychasthénique dans lequel il se trouve a été déclenché par un sentiment à l'égard duquel les événements de guerre ne l'avaient pas immunisé : le sentiment de la responsabilité qu'il avait de lui-même.

CHAPITRE III

I.

PSYCHONÉVROSES ET MALADIES NERVEUSES DIVERSES

GREFFÉES SUR LE SYNDROME ÉMOTIONNEL

A. — Hystérie

Au premier plan de ces psychonévroses se trouve l'hystérie.

Ses manifestations sont si fréquentes qu'elles ont été souvent confondues avec celles qui appartiennent en propre à l'émotion. Il convient à ce sujet d'apporter quelques précisions nécessaires et d'établir des délimitations permettant un examen rigoureux des faits.

Pour Déjerine, la crise nerveuse est une décharge émotive présentant tous les degrés et tous les aspects :

« Elle comporte des éléments de divers ordres qui peuvent ou non s'associer : éléments d'angoisse, éléments d'agitation motrice avec convulsions toniques et cloniques, rire ou pleurs spasmodiques, dyspnée, éléments syncopaux avec perte de connaissance plus ou moins complète.

« Dans la majorité des cas, la crise débute par des phénomènes d'angoisse, se poursuit par des phénomènes

syncopaux pour se terminer par les diverses modalités de l'agitation motrice.

« Débarassée de ces éléments surajoutés et dûs à la culture (attitudes passionnelles, etc...) la crise hystérique n'est à aucun degré un phénomène de suggestion ou de simulation. Elle est liée directement à l'émotion et survient souvent chez des sujets qui n'ont jamais su ce que c'était qu'une crise nerveuse, qui n'en ont jamais vu, et qui, le choc émotif une fois passé, n'en auront plus de leur vie entière. »

Pour Bernheim qui réduit l'hystérie aux seuls phénomènes convulsifs, les crises « grandes et petites, dans leurs diverses et nombreuses formes, ne sont que l'exagération d'un phénomène habituel d'ordre psycho-physiologique d'origine émotive. »

Babinski se place à un point de vue tout à fait différent et ne croit pas que l'émotion à elle seule soit capable de créer des manifestations hystériques s'il ne s'y adjoint des phénomènes d'auto ou d'hétéro-suggestion.

Cette conception qu'il avait développée dans de nombreux travaux antérieurs à la guerre semble vérifiée par les conditions spéciales dans lesquelles sont apparus les phénomènes hystériques :

Dide cite l'exemple d'un bombardement d'une violence extrême entraînant un nombre de morts considérable et des mutilations affreuses chez des hommes immobilisés, attendant le combat. « Or, dit-il, ni le jour de cette affaire sanglante, ni dans les semaines qui ont suivi, il ne s'est produit un seul cas de troubles nerveux consécutif aux explosions. »

Roselle et Oberthür notent que les crises nerveuses observées sur le front se produisent très exceptionnellement à découvert mais presque toujours au fond de la tranchée ou dans un abri.

Clovis Vincent écrit : « Là où les projectiles arrivent nombreux, font des morts et des blessés, je n'ai jamais vu de phénomènes hystériques tels que crises, contractures,

paralysies d'un ou plusieurs membres. Je n'ai vu que des phénomènes émotifs et les plus fréquents sont : les larmes, le tremblement, un état d'hébétude dans lequel l'homme ne remue pas, ne répond pas aux questions, la tachycardie, la tachypnée, la miction. »

Jean Clunet, après le torpillage de « *la Provence* », note à bord et sur le radeau des phénomènes émotionnels analogues à ceux que nous avons décrits sur le champ de bataille. Les phénomènes pithiatiques n'apparaissent qu'au moment où le sauvetage a été effectué et où les hommes sont en sûreté sur un torpilleur. »

A ces faits se joignent les constatations faites par Léri, Margarot et nous-même et dont la conclusion nous paraît être la suivante : l'apparition de phénomènes hystériques chez les émotionnés ne se produit habituellement que lorsque la cause provocatrice de l'émotion a cessé d'agir, c'est-à-dire lorsque les sujets se trouvent en sûreté.

Cette notion vient confirmer l'idée générale mise en avant par Margarot en 1913, à savoir que l'émotion donne lieu à des manifestations immédiates qui lui appartiennent en propre et sur lesquelles peuvent se greffer ultérieurement des manifestations appartenant à des psychoses définies.

Nous rapportons quatre observations qui nous paraissent venir à l'appui de cette manière de voir.

OBSERVATION XXII — (Margarot).

Emotion et hystérie.

La jeune M. M..., âgée de 16 ans, présente divers stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. Elle n'est pas encore réglée. Elle a l'air timide, baisse continuellement les yeux.

Elle a éprouvé une peur violente à la vue d'un cheval qui ruait. Elle ressent une vive angoisse et se met à courir. Puis, elle s'arrête en proie à une grande gêne respiratoire. Il lui semble avoir une boule au fond de la gorge. Cette sensation disparaît sans s'accompagner d'autres phénomènes. Mais pendant la nuit, elle revient

avec le sentiment de peur. Elle est suivie d'hallucinations visuelles : L'enfant voit le cheval et revit la scène de la journée. Les témoins de la scène constatent à ce moment quelques tremblements convulsifs.

Quelque temps après des crises analogues se produisent pendant la nuit, mais elles ne s'accompagnent pas d'hallucinations. La malade a peur, sent comme une boule au fond de la gorge et présente des convulsions sans perdre connaissance.

Pendant le jour, elle est souvent effrayée par la vue de personnes qu'elle ne connaît pas. Le sentiment de peur est alors suivi d'une crise d'automatisme ambulateur au cours de laquelle la malade ne se rend pas compte de ce qu'elle fait.

Dernièrement, les paroxysmes sont devenus de plus en plus indépendants de l'émotion phobique. La jeune M... éprouve spontanément l'aura hystérique et présente ensuite des mouvements désordonnés.

Elle se débat, se met en arc de cercle, mais continue à recevoir des impressions du monde extérieur.

Elle présente une suggestibilité qu'elle n'avait pas auparavant.

Le diagnostic d'hystérie ne paraît pas douteux.

OBSERVATION XXIII — (Margarot).

Manifestations hystériques consécutives à une émotion.

Crises hallucinatoires.

Apparition et disparition successives de : délire, mutisme, cécité, paraplégie spasmodique, tympanisme, secousses myocloniques. Vertiges d'allure comitiale.

L. S..., 27 ans, entre à la clinique des maladies nerveuses, dans le service de notre maître, M. le professeur Mairét, en juin 1912.

Cette femme présente des troubles hystériques polymorphes qui nous ont paru intéressants à rapporter, à cause de la netteté des différents syndromes réalisés, de la rapidité de leur succession et de leur mode d'apparition.

On ne trouve rien de spécial dans les antécédents héréditaires.

La malade, réglée à 14 ans, s'est mariée à 18 ans, a eu, au bout de trois années, un enfant qui est mort en bas âge ; un second accouchement a été suivi d'un prolapsus utérin.

Elle n'aurait jamais eu de crises nerveuses avant les manifestations actuelles. D'un caractère habituellement doux, elle avait parfois des alternatives de gaieté et de tristesse, mais ces deux états se succédaient sans donner lieu à des manifestations bruyantes. Les moments de tristesse s'accompagnaient généralement de dépression et d'une sensation d'asthénie, mais étaient très passagers.

Le 28 avril 1911, en gardant des moutons, elle s'est trouvée en présence d'un homme qui a voulu la violer ; elle a cependant pu s'enfuir et rejoindre une voiture qui passait sur la route.

Pendant deux ou trois jours elle a été très agitée. Elle proférait des paroles incohérentes.

Le 1^{er} mai, subitement, elle a cessé de parler. L'agitation du début a continué, des crises convulsives se sont produites, au cours desquelles la malade paraissait avoir des visions terrifiantes.

Au bout de quinze jours, la parole est revenue; mais, à ce moment, L. S... a présenté une amblyopie absolue.

Elle a recommencé à voir une semaine après. A ce moment, les crises, qui n'avaient jamais cessé, ont diminué de fréquence et d'intensité.

Presque aussitôt les jambes se sont paralysées, la malade a dû garder le lit.

Au moment où elle entre à l'hôpital, elle a de trois à huit crises par jour. Elle se rappelle les moindres détails de ces crises. Habituellement, elle se raidit dans son lit et présente une attitude fixe qui fait bientôt place à une série de mouvements cloniques, plus ou moins rythmés. Dans certains cas, mais peu souvent, elle se met en arc de cercle. Au cours de chaque crise, elle revit la scène de la tentative de viol. Elle voit le même chemineau qui s'approche d'elle, entend les paroles qu'il lui adresse et repasse par toutes les péripéties de sa fuite. L'hallucination prend fin au moment où la malade va être saisie par cet homme.

Elle se plaint de souffrir de la tête.

L'appétit est assez bon; les digestions se font bien. Il y a un peu de constipation.

Les règles sont régulières.

EXAMEN. — a) *Motilité.* — Elle est à peu près normale au niveau de la face, des membres supérieurs et du tronc.

Les membres inférieurs sont contracturés en extension: on ne peut fléchir la cuisse sur le bassin, ni la jambe sur la cuisse. Le pied est en équin.

Lorsqu'on soulève la jambe de la malade, au prix de certains efforts, elle retombe violemment sur le plan du lit; si l'on élève le membre supérieur, on constate que l'attitude réalisée se conserve pendant un temps assez long.

b) *Sensibilité.* — Elle paraît très obtuse au niveau des téguments; elle est surtout diminuée au niveau des membres inférieurs. Il ne paraît pas exister de différence entre les deux côtés. L'examen des divers modes de la sensibilité (contact, piqure, qualités thermiques), ne relève l'existence d'aucun trouble spécial.

La cornée est insensible. Il existe de l'anesthésie pharyngée.

La pression des points sous-mammaires et abdominaux est très douloureuse.

c) *Réflexes.* — Les réflexes tendineux sont exagérés, mais il n'y a ni trépidation épileptoïde, ni danse de la rotule, ni signe de Babinski.

d) *Organes des sens.* — Le champ visuel est légèrement rétréci. Le fond de l'œil est normal.

Il n'y a pas de troubles de l'audition, ni de l'olfaction.
Les appareils ne présentent rien de particulier.

26 juin. — On note une légère amélioration ; les crises reviennent tous les jours, mais on n'en observe généralement qu'une seule dans le cours d'une même journée. La contracture des membres inférieurs est un peu moindre. Soutenue par une infirmière, la malade peut faire quelque pas.

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît, les crises deviennent de plus en plus rares, la paraplégie disparaît progressivement. La malade sort le 9 juillet, sans aucun trouble paralytique.

Elle revient le 12 juillet 1911. — Les crises sont quotidiennes. Elle présente, en outre, une espèce de tremblement à grandes oscillations au niveau du membre supérieur droit. Il est constitué par des secousses brusques et rythmiques. Il y a de la diarrhée. On observe un tympanisme abdominal considérable.

Le 21 août. — Les mouvements rythmiques du bras droit ont disparu. La malade perd complètement l'usage de la parole. Les crises sont peut-être un peu moins fréquentes.

Le 25, elle recommence à parler. Le tympanisme a disparu.

Le 20 septembre. — Le tympanisme s'est reproduit. La malade est très constipée.

Le 1^{er} octobre. — Le tympanisme a disparu. Il se manifeste à nouveau le 28 du même mois. Les crises sont plus espacées et reviennent seulement tous les deux ou trois jours, mais L. S. . . présente quotidiennement des vertiges, qu'elle sent venir, qui s'accompagnent de perte de connaissance et d'amnésie consécutive. D'après l'infirmière, la malade est très pâle et présente l'aspect égaré des comitiaux, lorsqu'elle a des crises de ce genre. Elle sort, peu de temps après, dans le même état.

Il s'agit en somme d'une femme ne présentant dans sa constitution psychique antérieure qu'une légère instabilité. Elle réalise, consécutivement à une émotion, un délire hallucinatoire continu et violent, qui, après avoir duré 3 jours entiers, se condense en quelque sorte, revêt une forme paroxystique et revient sous forme de crises oniriques. Celles-ci sont d'abord purement hallucinatoires : la malade revit la tentative de viol dont elle a été victime.

Bientôt à ce trouble psychique s'adjoint un trouble moteur convulsif. La crise d'hystérie se constitue. Dès lors apparaissent et se succèdent de nombreuses manifestations pithiatiques.

OBSERVATION XXIV — (Margarot).

Mutisme hystérique précoce consécutif à une émotion.

M... entre à l'ambulance le 2 avril 1915. Antécédents névropathiques légers. Bon soldat. *Un peu bègue.*

Emotion très violente à la suite d'un éclatement d'obus. Il ne perd pas connaissance.

Examiné le lendemain de son entrée, on constate un mutisme absolu.

Le malade semble un peu déprimé. Il peut écrire et rédige la scène initiale. Il prétend qu'au moment où l'obus a éclaté, il a eu l'impression qu'il ne parlerait jamais plus.

Cauchemars avec réveils anxieux. Sursaute au moindre bruit.

Guérison du mutisme à la première séance de psychothérapie.

OBSERVATION XXV — (Margarot).

Mutisme hystérique consécutif à une émotion

Assez comparable à la précédente. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une émotion violente en dehors de toute commotion, présente un mutisme absolu.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, il se réveille en sursaut d'un cauchemar en criant : « Voilà les boches. » Il appelle aussitôt l'infirmier en disant : « Je parle. »

Les faits que nous venons de publier nous permettent de préciser le mécanisme suivant lequel les accidents hystériques nous paraissent se réaliser.

L'émotion envahit totalement le champ de la conscience et entraîne une première fixation caractérisée par la persistance des phénomènes émotifs après la disparition de la cause provocatrice. Cette fixation est surtout d'ordre affectif, mais elle comporte des éléments intellectuels. Les sensations se prolongent parfois sous forme d'hallucinations ou reviennent à l'état de cauchemars reproduisant dans leurs moindres détails les incidents émouvants du début.

Toute idée vraie ou fausse venue à l'esprit de ces sujets au moment de l'accident présentera souvent une cristallisation de même ordre. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer certains cas de mutisme apparus dès l'éclatement du projectile. Le bouleversement émotif a été tel que la plupart des malades ont l'idée d'une transformation complète de leur être. Ils se croient perdus et cette croyance persiste alors que le danger est passé. Beaucoup paralysés par

l'émotion ne peuvent crier et sont convaincus qu'ils ne recouvreront jamais l'usage de la parole. L'observation nous fournit à cet égard un exemple des plus démonstratifs.

Mais ces fixations primitives d'ordre intellectuel sont relativement rares. Presque toujours, le trouble pithiatique se greffe secondairement sur le syndrome émotionnel. La raison nous paraît aisée à formuler. La réalisation du paradoxe affectif nous montre qu'il y a déjà chez l'émotionné une véritable dissociation mentale. Dupré dit très justement que l'émotion étant un élément de dislocation de la personnalité, favorise la suggestion. Il suffit de voir à quel degré s'élève parfois la suggestibilité des soldats en ligne pour comprendre le rôle de l'émotion.

Dans un travail, paru dans l'Encéphale en 1912, Mairet et Margarot ont montré comment l'hystérie se greffait sur les symptômes de la dégénérescence mentale. C'est suivant un mécanisme analogue qu'elle se greffe sur les manifestations émotives. Margarot a publié des observations dans lesquelles les crises convulsives étaient précédées d'une aura psychique présentant tous les caractères des paroxysmes hallucinatoires décrits précédemment, et dont le caractère essentiel consiste en la reproduction de la scène terrifiante initiale.

Nous n'insisterons pas sur ces diverses manifestations hystériques. Cela nous entraînerait à étudier la plupart des troubles fonctionnels psychonévrosiques de guerre.

Nous rappellerons cependant l'extrême fréquence des crises nerveuses hystériques, la réalisation de paralysies, de contractures, de tics, de surdi-mutité psychique, de phénomènes d'astasia-abasie, de bégaiement, etc..... (Obs. IX, X, XV, XVI, XVII).

Mairet et Piéron ont quelquefois constaté l'ensemble des stigmates de l'hystéro-traumatisme (retrécissement du champ visuel, hyperesthésie habituelle, réactions très vives pour des excitations très faiblement douloureuses).

B. — Epilepsie

On connaît les observations de Claude, concernant des jeunes filles qui « à la suite d'un épisode émotif, entraient à la Salpêtrière avec des crises convulsives au cours desquelles elles paraissaient avoir des hallucinations terrifiantes. » Ces crises, parfois tenaces, présentaient les caractères de crises hystériques, puis, ultérieurement, les paroxysmes affectaient une physionomie toute différente. Il semblait bien qu'on eût à faire à de véritables attaques d'épilepsie.

Dans leur ouvrage sur la « *Folie hystérique* », 1910, (Obs. VI, page 69) Mairét et Salager rapportent un cas de ce genre.

Euzière et Margarot en citent un second que nous publions ci-dessous :

OBSERVATION XXVI — (Euzière et Margarot).

Accidents hystériques et épileptiques consécutifs à une émotion
chez un enfant de 12 ans.

Joseph est un garçon de 12 ans, qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels. Il est né à terme, n'a jamais eu de convulsions et la seule maladie un peu grave qu'il ait présentée est la rougeole ; elle remonte à quatre ans. Au point de vue intellectuel et affectif, il s'est bien développé et ne s'est fait remarquer par aucune particularité. Ses antécédents héréditaires sont plus chargés, et, du côté maternel, on rencontre chez plusieurs parents des troubles nerveux de nature diverse ; le seul sur lequel nous ayons des renseignements précis est un cousin germain, enfermé comme épileptique à l'Asile de Montpellier.

Joseph avait été placé dans une ferme du Tarn, un peu éloignée du village voisin. Un dimanche il se rendit seul à la messe

de la paroisse, distante de plusieurs kilomètres. Au retour, deux jeunes gens de l'endroit qui allaient à la chasse, l'ayant aperçu, s'embusquèrent en manière de plaisanterie, et, après avoir eu soin de se couvrir le visage, l'un avec un mouchoir, l'autre avec un capuchon, se précipitèrent sur lui. Ils renversèrent le jeune homme à terre et le menacèrent de leur arme. L'enfant fut terrifié par cette scène, resta quelque temps à se remettre, puis rentra à la ferme tout ému, mais sans parler de son aventure de peur d'attirer les moqueries. Le soir il se coucha, dormit mal, son sommeil fut très agité et entreoccupé de rêvasseries. Les nuits suivantes il eut de vrais cauchemars, puis des terreurs nocturnes bien plus accentuées. Subitement on l'entendait crier, il se levait tout égaré de son lit, saisissait le premier objet qui lui tombait sous la main et s'en faisait une arme contre des ennemis imaginaires. Il n'avait à ce moment qu'une conscience confuse de ce qui l'entourait et ne reconnaissait pas les familiers de la maison. Peu à peu, il se calmait, se frottait les yeux comme s'il se réveillait et racontait qu'il avait cru voir ses agresseurs. Il se rendormait ensuite, et au matin ne se souvenait de toute l'histoire que comme d'un mauvais rêve. Ces crises hallucinatoires nocturnes furent d'abord très longues puis se raccourcirent mais devinrent plus fréquentes se compliquant de crises convulsives. Elles apparurent aussi pendant le jour. L'enfant commençait alors par manifester de la maussaderie, quelques mouvements de déglutition puis s'agitait, proférait des menaces, serrait les poings et regardait avec des yeux terrifiés les personnes qui l'entouraient ; l'agitation durait parfois plus d'une heure et se terminait dans les larmes après quelques secousses convulsives. Bientôt les phénomènes convulsifs finirent par occuper la première place, et c'est alors que nous les observâmes ; l'enfant que nous interrogeions cessa tout à coup de parler, se recula comme effrayé, poussa un cri et tomba. Il présenta successivement les phases classiques de l'accès comitial : période tonique, clonique, stertoreuse. Entre temps il urina dans son pantalon. Au dire du père, il lui est arrivé aussi de se mordre la langue et d'avoir aux lèvres de l'écume sanglante. Au sortir de ses crises convulsives, l'enfant reste hébété, répond difficilement aux questions qu'on lui pose ; plus tard il garde le souvenir d'une aura visuelle qui lui montre toujours la même scène de l'agression, mais il a perdu totalement conscience de tout ce qui s'est passé dans la suite, et s'il sait par exemple qu'il a eu des convulsions, c'est uniquement en se basant sur le dire de ses parents.

Somatiquement, l'enfant ne présente rien de particulier. Sa conformation crânienne est bonne, les oreilles sont un peu en anse mais bien ourlées. La sensibilité cutanée est normale. Il y a de l'anesthésie conjonctivale et pharyngée, mais il est soumis depuis plusieurs semaines à un traitement bromuré. Les réflexes sont normaux.

Comme on le voit dans cette observation, les caractères de

l'hystérie et de l'épilepsie se combinent les uns aux autres. Les premières crises hallucinatoires, leur origine émotive, leur durée assez longue ont bien le caractère hystérique. Ces visions effrayantes notamment qui ressuscitent la scène de l'agression première se retrouvent souvent au début du délire hystérique.

Nous pourrions faire suivre cette observation d'un grand nombre d'autres relatant l'apparition de crises comitiales chez des émotionnés de guerre. Mais la longue évolution demandée pour l'éclosion d'accidents de ce genre et les récits très incertains des malades, ne permettent pas d'éliminer complètement l'hypothèse d'une commotion associée.

Néanmoins des faits analogues seront très vraisemblablement mis en lumière quand le dépouillement total des observations de la campagne aura pu être fait.

Nous nous bornerons à faire remarquer que dans les cas d'apparition d'un syndrome comitial consécutivement à des phénomènes émotifs, il ne saurait être question de la transformation de crises hystériques en paroxysmes épileptiques. Après Margarot, nous avons déjà indiqué au cours de cette étude que les soi-disant manifestations hystériques sont en réalité des manifestations appartenant en propre à l'émotion. Sur elles viennent se greffer les troubles relevant de l'épilepsie.

La genèse de ces derniers doit être recherchée soit dans une prédisposition héréditaire, soit dans une prédisposition acquise, celle-ci pouvant être la conséquence de traumatismes crâniens, de commotions, etc...

C. — Psychonévroses diverses d'origine émotive

Nous sortirions du cadre de notre sujet si nous voulions sous ce titre étudier tous les troubles nerveux qui sont venus compliquer les manifestations d'ordre purement émotionnel. Nous nous bornons à les indiquer.

Nous citons des observations de Margarot concernant des chorées, de l'asthme, de l'incontinence nocturne d'urine.

OBSERVATION XXVII — (Margarot et Blanchard).

Chorée de Huntington sans hérédité, d'origine émotive.

Femme de 62 ans, dont on connaît mal le passé pathologique ; le seul point que l'on ait pu préciser est l'absence complète de toute chorée dans les antécédents héréditaires.

L'apparition des troubles moteurs s'est faite il y a 18 ans, peu de jours après une frayeur consécutive à une chute.

On ne possède aucun renseignement sur les phénomènes immédiats qui ont suivi le choc mental.

A l'heure actuelle, l'instabilité motrice est très marquée. La malade ne peut tenir en place, elle s'assied, se lève, marche presque continuellement.

Le corps tout entier est animé de mouvements rythmiques, illogiques et d'une assez grande amplitude. La face est le siège de contractions intempestives qui dessinent des moues et des grimaces variables d'un instant à l'autre. La langue est propulsée en avant, puis rentre dans la bouche brusquement ; la parole est nasonnée, explosive, parfois bredouillée.

Le tronc présente des mouvements de flexion et d'extension qui ressemblent à de grands saluts.

On note des secousses assez vives au niveau des épaules. Les doigts se fléchissent et s'étendent assez brusquement. Le pouce s'applique fréquemment sur les autres doigts comme s'il roulait une pilule.

Les membres inférieurs offrent des contractions variables, irrég-

gulières, assez amples. Les orteils présentent des mouvements de pédale. La démarche paraît ébrieuse.

Les troubles démentiels sont poussés très loin. La malade est atteinte d'une amnésie à peu près complète. Elle ignore la date de sa naissance, ne se rappelle pas les circonstances qui ont précédé l'apparition de sa maladie ; elle ne sait pas son âge et ne peut effectuer les calculs les plus simples. A toutes les questions qu'on lui pose, elle répond : « Je ne sais pas, je ne me rappelle pas. »

Un délire à direction de persécution évolue en progressant depuis cinq ans, malgré l'amnésie démentielle.

Le diagnostic de l'affection présentée par cette femme ne saurait être douteux. Les caractères classiques des troubles choréiques, leur chronicité, le délire et la démence ne permettent aucune hésitation. Nous sommes en présence d'un syndrome cliniquement identique à la chorée de Huntington et ne différant de cette dernière que par l'absence d'une hérédité similaire.

OBSERVATION XXVIII — (Margarot).

Emotion et chorée.

Un homme de 42 ans, dont la mère était atteinte de chorée, a commencé à présenter des manifestations choréiques dans les circonstances suivantes :

Après avoir déjeuné au bord d'une rivière, il voulut prendre un bain. Une fois à l'eau, il manqua se noyer et éprouva une frayeur vive. La nuit qui suivit l'accident, son sommeil fut troublé par un cauchemar dans lequel il revivait toutes les péripéties de la noyade. Ce cauchemar très intense, se poursuivait au réveil pendant quelques minutes. Il s'est reproduit plusieurs nuits de suite. A l'état de veille, le malade était inquiet, nerveux. Il ne pouvait s'empêcher de songer à l'accident.

Quelques jours après, il était atteint au niveau des extrémités de mouvements variables qui par leur allure rappelaient ceux qu'avait présentés sa mère. Les mouvements peu apparents au début, augmentèrent peu à peu d'intensité. En même temps un sentiment de peur exagéré s'emparait de lui. Il avait peur de tout : peur d'être mordu par un chien enragé, peur d'être assassiné, peur de périr dans un incendie. Ce sentiment était entretenu par des hallucinations terrifiantes de la vue : la nuit comme le jour il voyait des fantômes, des flammes et des bêtes féroces qui le menaçaient.

A l'heure actuelle cet homme présente tous les caractères cliniques de la chorée de Huntington.

Son corps tout entier est animé de mouvements continus arhythmiques, involontaires, illogiques.

La face offre toutes sortes de grimaces. La tête se porte en avant, en arrière, à droite, à gauche.

Le tronc présente des mouvements synchrones à ceux de la tête.

Les membres supérieurs se balancent dans tous les sens, ils s'écartent ou se rapprochent du tronc, vont se placer derrière le dos, ou viennent s'appuyer sur l'abdomen. Les doigts se fléchissent, se mettent en extension, s'écartent ou se rapprochent les uns des autres.

Aux membres inférieurs les mouvements sont moins marqués. Les genoux se mettent en contact ou s'écartent l'un de l'autre. La jambe se fléchit ou s'étend.

Pendant la marche, la moitié du corps se dandine tandis que les membres inférieurs exécutent des pas de polka.

Tous ces mouvements se succèdent d'une façon incessante et sont dissemblables d'une minute à l'autre.

Ils sont involontaires : sur notre demande, le malade peut, pendant quelques secondes, les diminuer dans leur intensité et leur amplitude, mais il ne peut pas les arrêter.

Ils sont désordonnés : pour saisir sa casquette qui se trouve sur la table, le malade tend la main droite, qui manque son but, tandis qu'il porte la main gauche derrière le dos.

Du côté de la sphère psychique on trouve des troubles démentiels. Bien qu'on puisse fixer suffisamment l'attention du malade pour lui faire dire la date de sa naissance et lui faire énumérer les mois de l'année dans le sens naturel et à rebours, on n'arrive pas à lui faire dire son âge exact et à lui faire exécuter des calculs d'une simplicité enfantine.

Un délire à direction de persécution, vient de faire son apparition. Le malade a peur d'être empoisonné. Il continue à penser nuit et jour à l'accident qui faillit lui coûter la vie.

OBSERVATION XXIX — (Margarot).

Emotion et asthme.

Un enfant de 10 ans éprouve une peur violente à la vue d'un chien enragé. Il présente consécutivement une sorte de nervosisme qui attire l'attention de ses parents. Au milieu de la nuit il est réveillé par un cauchemar violent au cours duquel il revit la scène qui l'a impressionné. Ce cauchemar se prolonge pendant une minute à l'état de veille, puis disparaît.

Dans la journée qui suit, l'enfant est triste, maussade, distrait. La seconde nuit il dort mal, son sommeil est entrecoupé de rêvasseries, de visions terrifiantes.

A un moment donné, une hallucination visuelle devient précise ; le malade aperçoit le chien devant lui, son visage exprime la

terreur, il fait part à son entourage de ce qu'il voit, il accuse une violente sensation de constriction thoracique et d'angoisse. Presque aussitôt il se plaint d'étouffer et l'on constate une gêne respiratoire intense. A ce moment l'hallucination a complètement disparu, la conscience est parfaite.

Lorsque nous voyons l'enfant, nous le trouvons dans un état d'oppression extrême, il est assis sur son lit, les yeux hagards ; les mouvements respiratoires sont très ralentis, l'inspiration se fait facilement, mais l'expiration est pénible, sifflante, interminable.

On compte 110 pulsations. A l'auscultation, on ne note d'autres signes que la modification du rythme que nous avons déjà signalée. Il s'agit à n'en pas douter d'une crise d'asthme.

Au bout de quelques minutes la crise prend fin, le petit malade a une ou deux quintes de toux. Il expectore des crachats perlés. Le paroxysme se reproduit deux heures après toujours précédé de la même aura psychique. Malgré une thérapeutique très active les crises deviennent de plus en plus fréquentes. Finalement elles sont subintrantes, le malade se cyanose, l'asphyxie fait des progrès, le pouls devient petit, filiforme, incomptable. A trois reprises la respiration s'arrête complètement et reparait après des manœuvres de respiration artificielle. mais le même accident s'étant produit une 4^e fois, toute tentative nouvelle est vaine et le petit malade succombe.

Dans ce cas, nous trouvons une succession de faits cliniques entièrement superposables à ceux de nos autres observations. L'émotion détermine des accidents qui lui appartiennent en propre, le malade a des crises psychiques hallucinatoires se rapportant à la peur que lui a causée un chien. Mais en même temps l'émotion a réalisé une aptitude morbide et latente, des crises d'asthme ont apparu se greffant sur les manifestations émotives, et se les appropriant, en quelque sorte, sous la forme d'une aura psychique.

OBSERVATION XXX — (Margarot).

Syndrome mixte surtout émotionnel.

Incontinence d'urine.

D... 26 ans, fantassin, entre à l'ambulance le 22 octobre 1915.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Blennorragie à 18 ans, avec rétention d'urine et cystite.

Le 12 octobre 1915, D... est couché au fond d'une tranchée, quand un obus arrive sur le parapet. Il n'est pas enseveli et ressent un choc violent qui n'est pas dû à la chute de matériaux. Pas de perte de connaissance. Violente céphalée subite. Emotion très forte avec constriction thoracique, serrement de la gorge. Emission involontaire d'urine.

Les jours suivants, le malade a des cauchemars, se rapportant à l'accident. Il perd quelques gouttes d'urine pendant le jour, puis la perte d'urine devient plus abondante, se reproduit plus souvent et pendant la nuit.

D... rêve parfois qu'il urine. Il se réveille au milieu de la miction et peut se lever pour sortir.

Urèthre normal. Vessie irritable. Appareils normaux.

R. O. C. 80/85.

Nous ne faisons que rapporter ces cas dont l'intérêt nous a paru assez grand.

Nous nous contenterons d'indiquer que l'apparition des troubles psychonévrosiques s'est produite selon un mécanisme général.

Un choc émotif intense a déterminé un délire hallucinatoire. Celui-ci s'est condensé en des paroxysmes oniriques et ces derniers ont servi de point de départ aux manifestations variables des psychonévroses ou même des affections organiques du système nerveux.

Lorsque des phénomènes paroxystiques ont apparu, le paroxysme onirique les a souvent précédés sous forme d'aura. Les premiers sont devenus peu à peu indépendants du second, et finalement chacun a évolué pour son propre compte.

Quelques auteurs ont rapporté des cas de maladie de Basedow fruste.

Lian a publié 3 observations de tachycardie permanente d'origine émotive qu'il attribue à des syndromes Basedowiens frustes.

Bérard signale 3 cas de maladie de Basedow apparue après des émotions intenses.

On sait que de nombreux faits de ce genre avaient été publiés avant la guerre.

II.

SYNDROMES ÉMOTIONNEL ET COMMOTIONNEL ASSOCIÉS

Les syndromes émotionnel et commotionnel purs sont rares. Presque toujours il s'agit d'une association de ces deux syndromes. Nous serons brefs néanmoins dans l'exposé de cette question dont l'étude complète nous obligerait à une description détaillée du syndrome commotionnel.

Nous nous bornerons à indiquer quels sont les éléments cliniques essentiels de ce dernier de façon à le distinguer du syndrome émotionnel et, dans un syndrome mixte, à rattacher les différents symptômes à leur cause (commotion ou émotion).

Dans la commotion, le sujet n'entend pas l'éclatement de l'obus, par suite d'une perte de connaissance immédiate. L'émotionné entend l'éclatement et ne perd pas connaissance.

Le commotionné présente d'une façon immédiate des phénomènes d'inhibition. Il ne se produit aucun phénomène psychique dans le champ de la conscience.

L'émotionné éprouve un violent sentiment de peur.

Mais le commotionné présente très souvent un syndrome émotionnel secondaire dont le mécanisme est habituellement le suivant : lorsqu'après la commotion, le sujet revient à lui et reprend contact avec le monde extérieur, la représentation mentale du danger auquel il apprend avoir échappé, provoque chez lui une violente crise émotive. Désormais, les troubles relevant de l'un et de l'autre syndrome vont évoluer en se mêlant.

On a pu observer un autre mode de réalisation. C'est celui qui se trouve dans les observations rapportées ci-dessous :

OBSERVATION XXXI. — (Margarot).

H..., 20 ans, fantassin.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Aurait eu la typhoïde en bas âge.

La mère a des crises nerveuses de nature indéterminée.

Antécédents personnels. — N'était pas très nerveux. N'a jamais eu de crises, Débilité mentale. Congestion pulmonaire il y a un an.

Le 30 octobre 1915, un obus tombant sur l'abri dans lequel il se trouvait, l'enterre jusqu'aux épaules. Il ne présente aucun phénomène commotionnel, ne perd pas connaissance, mais éprouve une violente émotion. Il a pu se dégager lui-même, mais il était obnubilé, entendant un peu moins bien que d'habitude. Toutefois il voyait bien et pouvait parler.

La nuit qui a suivi l'accident, il n'a presque pas dormi. Il a eu des cauchemars se rapportant à la scène du début. Le jour de son arrivée à l'ambulance, on ne note aucun mouvement anormal.

17 novembre. — Les cauchemars ont disparu. L'émotivité reste toujours en éveil. Pas de céphalées. Pas de faiblesse dans les jambes. Anorexie. Pesanteur gastrique après les repas. Pas de troubles intellectuels autres que ceux qui résultent de la débilité congénitale. On observe des mouvements choréiques discrets, ayant à peu près le caractère de ceux qu'on observe dans la chorée variable de Brissaud. Pas de signes de lésions organiques du système nerveux. — R. O. C. 78/66.

23 novembre. — R. O. C. 84/72.

26 novembre. — Le malade se plaint depuis hier soir d'une douleur dans le côté droit du thorax. Auscultation négative. R. O. C. 74/61.

3 décembre. — Les mouvements choréiques sont beaucoup plus marqués que le premier jour. — R. O. C. 78/44.

4 décembre. — R. O. C. 88/73.

6 décembre. — R. O. C. 69/50.

7 décembre. — R. O. C. 62/38. — Les mouvements choréiques conservent les mêmes caractères.

Le malade est évacué sur l'intérieur.

OBSERVATION XXXII. — (Margarot).

Syndromes commotionnel et émotionnel survenus à peu d'intervalle.

P..., 30 ans, entre à l'ambulance le 10 novembre.

Antécédents héréditaires. — Mère sujette à des crises nerveuses.

Antécédents personnels. — Oreillons en mai 1915. Au cours de sa jeunesse, était sujet à des cauchemars avec réveils en sursaut. Se portait bien avant l'accident ; n'avait pas de cauchemars.

P... se trouvant le 10 novembre dans un boyau qui communiquait avec une tranchée ennemie, les allemands ont renversé sur lui un barrage de sacs à terre.

Il éprouve une très violente émotion. Quelques minutes après, un gros obus l'enterre. Il perd connaissance.

Depuis ce moment, il présente de l'asthénie, de la dépression mentale. Il souffre de la tête, n'entend pas bien d'une oreille, digère mal, a des soubresauts nerveux. La nuit, il a des cauchemars, mais ceux-ci se rapportent toujours au premier accident et non au second.

11 novembre. -- R. O. C. 62/62.

14 novembre. — R. O. C. 66/65.

20 novembre. — R. O. C. 56/56.

30 novembre. — Sursauts nocturnes. Cauchemars. Le malade dit que si jamais il se trouvait dans une sape il ne pourrait y rester tant son émotivité est accrue. Il se plaint un peu de la gorge. T = 37°5. — R. O. C. 62/64.

4 décembre. — A un peu de courbature et d'angine. Diarrhée légère. — R. O. C. 76/61.

7 décembre. — Va tout à fait bien. — R. O. C. 52/45.

Ces observations nous permettent d'établir une nouvelle distinction entre le syndrome émotionnel et le syndrome commotionnel.

Dans le premier, il existe de l'onirisme entraînant la persistance de cauchemars se rapportant à la scène émouvante.

Dans le second, les cauchemars, quand il y en a, se rapportent à des incidents divers et à des émotions antérieures.

Mairet et Piéron notent chez le commotionné de l'indifférence affective, chez l'émotionné de l'hyperémotivité avec peur. Chez le premier une amnésie rétrograde considérable, chez le second la conservation des souvenirs anciens.

« Ici, troubles étendus des diverses formes de sensibilité par diminution ; là simple hypéralgesie partielle sous forme de points douloureux névropathiques. Ici, inertie mentale complète, incapacité d'effort ; là effort réel, mais aboutissant difficilement, entraînant de la fatigue et de la confusion.

« L'un est un inerte, un diminué ; l'autre est un inquiet, un impuissant. A l'un, le ressort manque comme détendu ; à l'autre le ressort accroche, comme encrassé. »

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

A. — *Rôle de la prédisposition.* — Les observations que nous avons rapportées nous permettent d'affirmer avec tous les auteurs qui ont observé sur le front les syndromes émotionnels légers, que, d'une façon générale, les manifestations consécutives à l'émotion sont peu intenses et guérissent habituellement quand il n'existe aucune prédisposition.

Les cas graves, c'est-à-dire ceux qui sont observés dans les hôpitaux, se répartissent en deux catégories :

a) A la première, appartiennent des sujets qui ont réalisé dès le début des troubles graves. On note généralement chez eux une prédisposition non douteuse. (Obs. XI, XII, XV, XVII). — *Elle peut être héréditaire* et les recherches faites sur les antécédents permettent de retrouver des troubles psychonévrosiques et psychiques chez les antécédents. — D'autre part, ces sujets ont présenté au cours de leur existence antérieure à la guerre diverses manifestations en rapport avec ce que Dupré appelle *la constitution émotive*. (Obs. X, XVI, XI, XVII). — *Elle peut être acquise*, et l'action sensibilisatrice des émotions de guerre répétées, de la fatigue et d'une mauvaise hygiène nous a paru prépondérante.

b) Dans la deuxième catégorie, se rangent des sujets atteints de syndromes émotionnels relativement légers et qui n'ont pas été soumis en temps utile à une thérapeutique

active. Il s'agit alors le plus souvent de blessés émotionnés, uniquement considérés comme blessés et traités comme tels. Ils sont hospitalisés dans des centres de chirurgie et leur syndrome émotionnel évolue sans qu'on y prenne garde. Les troubles nerveux ont été cultivés inconsciemment par les blessés et souvent même par leur entourage. Des manifestations psychonévrosiques diverses et souvent tenaces apparaissent tardivement. Les sujets guérissent de leurs blessures et sont alors dirigés sur un centre de neurologie. Mais, à ce moment, il est souvent trop tard pour instituer un traitement véritablement efficace et récupérer ces militaires.

Les faits de cet ordre, souvent signalés par les neurologistes, avaient eu pour conséquence la mise au jour d'un projet que la signature de l'armistice n'a pas permis d'appliquer intégralement. Les formations chirurgicales devaient être visitées par des neurologistes chargés de rechercher parmi les blessés ceux qui étaient justiciables d'un traitement psychothérapique.

B. — *Mécanisme psychologique de la réalisation du syndrome émotionnel.* — Nous ne reviendrons pas sur l'analyse des phénomènes psychiques qui trouve mieux sa place à la description clinique. Nous rappellerons simplement que l'état affectif créé par l'émotion-choc envahit la totalité du champ de la conscience et tend à persister lorsque la cause émotive a disparu. Il en résulte une fixation première comportant un grand nombre d'éléments affectifs et un nombre beaucoup plus restreint d'éléments intellectuels. Nous avons vu comment la fixation affective se prolongeait sous forme de manifestations oniriques d'abord continues, puis paroxystiques et enfin réduites à l'état de simples cauchemars. (Obs. xxii). — Nous avons également montré comment la fixation de certains éléments intellectuels constituait une véritable suggestion initiale et occasionnait dans de rares cas des phénomènes tels que du mutisme, du bégaiement, etc... (Obs. xxiv, xxv).

Nous insisterons davantage sur les phénomènes psychiques accessibles à l'examen objectif. Ils traduisent des troubles physiologiques dont nous devons tâcher d'élucider le mode de production.

Ces troubles se produisent essentiellement dans le domaine du système nerveux de la vie végétative.

On sait que celui-ci est formé de deux systèmes secondaires dont les fonctions sont antagonistes : le système autonome et le système sympathique.

Le système autonome est constitué en majeure partie par la 10^e paire crânienne. Aussi est-il appelé quelquefois système vague.

Il comprend cependant des fibres qui viennent de la 3^e et de la 5^e paires, du nerf intermédiaire de Wrisberg et enfin du nerf génital.

Le système sympathique est formé de trois systèmes de ganglions et de nerfs dont nous croyons inutile de rappeler la distribution.

Nous ne rappellerons pas davantage les symptômes qui traduisent l'activité prépondérante de l'un ou de l'autre système. Nous indiquerons seulement la signification de ces symptômes lorsque nous les rencontrerons dans le cours de notre description.

Un premier point semble acquis à l'heure actuelle. Les réactions du système nerveux de la vie végétative consécutives à des émotions portent à la fois sur le système sympathique et sur le système autonome.

Cannon et de la Paz ont montré que les excitations psychiques et l'effroi s'accompagnent d'excitation du système nerveux végétatif et sont capables de provoquer :

1^o Des effets sympathiques tels que : pâleur, mydriase, tachycardie ;

2^o Des effets vagotoniques tels que : épiphora, sudation.

Margarot, analysant de plus près l'hyperémotivité et la sensation de peur éprouvée par les émotionnés, a montré que le trouble affectif fondamental de ces malades consistait

en une pénible sensation d'angoisse. Celle-ci, habituellement discontinue, se reproduit sous l'influence des plus légères excitations. (Obs. II, V, XII, XVIII, etc.).

Il a d'autre part nettement indiqué que l'angoisse pouvait être considérée comme la traduction subjective d'un état sympathicotonique :

« L'angoissé, dit-il, présente un masque spécial. La pâleur de la face est habituelle chez lui ; les traits sont tirés, les plis ont une tendance à devenir verticaux, la figure s'allonge un oméga se dessine sur le front. La fente palpébrale est élargie, le clignement rare, l'exophtalmie fréquente. La pupille se dilate, les yeux sont quelquefois brillants. Ils présentent souvent de la sécheresse. La sécrétion salivaire semble tarie, la langue est sèche. Le sujet, complètement immobile ne parle pas ou n'émet que des sons indistincts et rauques. Il est couvert d'une sueur froide, les battements du cœur sont accélérés, une émission involontaire d'urine peut se produire.

« Au bout de quelques instants apparaît parfois un tremblement. Des larmes coulent, d'abord accompagnées de sanglots, puis sans aucun phénomène spasmodique. On observe parfois de la diarrhée ; un peu plus tard survient une abondante émission d'urine, en même temps que les phénomènes de l'angoisse disparaissent progressivement. »

Si l'on examine ces faits en les rapprochant des phénomènes subjectifs précédemment décrits, on constate que la plupart d'entre eux sont en rapport avec une activité exagérée du système sympathique. La sensation de vide cérébral, la pâleur de la face s'expliquent aisément par une vaso-constriction des vaisseaux céphaliques et l'on sait que cette dernière se trouve sous la dépendance du sympathique cervical.

Le malaise oculaire, le trouble de la vue (phénomènes subjectifs) et les manifestations objectives qui les accompagnent (exophtalmie, rareté du clignement, mydriase, sécheresse des globes oculaires) sont déterminés par une excitation anormale du sympathique.

La sensation de gorge sèche et de bouche amère, l'état saburral des premières voies digestives, l'inappétence subite s'expliquent par l'inhibition de la vaso-dilatation de la langue et des glandes salivaires, par l'action phréno-sécrétoire exercée sur la sécrétion de la salive et par l'apparition dans la bouche d'une sécrétion pâteuse très riche en produits solides (salive sympathique). — (Obs. xvi).

Les frissons, la sensation de chair de poule, sont la traduction subjective d'une vaso-constriction périphérique et d'une contraction des muscles érecteurs des poils, tous phénomènes qui sont sous la dépendance d'une excitation sympathique. Les sueurs froides résultent d'une activité sécrétoire exagérée se produisant en même temps qu'une vaso-constriction intense. Normalement, l'activité sécrétoire d'une glande s'accompagne d'une vaso-dilatation parallèle. Ici, une dissociation se produit.

Il en résulte une sueur froide et visqueuse (sueur sympathique). La palpitation, l'élévation de la pression artérielle, le malaise précordial, la sensation de constriction thoracique, sont le résultat d'une prépondérance marquée du sympathique cardiaque sur le vague. La recherche du réflexe oculo-cardiaque montre que ce réflexe est inversé.

Les phénomènes de défaillance organique qui chez certains cénestopathes vont jusqu'à entraîner l'idée d'un changement ou d'une absence d'organes, se comprennent parfaitement, si l'on songe que le sympathique est, d'une manière générale, inhibiteur des fibres lisses du tractus gastro-intestinal. L'incontinence d'urine s'explique de même par une inhibition d'origine sympathique.

La plupart des troubles subjectifs et des manifestations physiques de l'angoisse dont nous avons vu l'étroite union se trouvent ainsi expliqués par l'hypothèse d'une exagération de l'activité du sympathique. Toutefois, un certain nombre de phénomènes que nous avons décrits se rattachent manifestement soit à l'activité du système vague ou à celle du système cérébro-spinal.

La sécrétion lacrymale est nettement sous la dépendance de l'action du système autonome (nerf lacrymal). Quelques auteurs font cependant des larmes un symptôme de l'angoisse. Dans la réalité, un sujet angoissé ne pleure pas. Il a l'œil sec, ou plus exactement brillant de cette sécrétion lacrymale sympathique, caractérisée par la présence d'une quantité plus élevée de substances solides. Mais, suivant un phénomène fréquemment observé, une réaction se fait dans le système vague, destinée à contrebalancer celle du sympathique.

Des larmes perlent à l'angle interne des yeux. Elles sont d'abord rares et amères, puis elles deviennent de plus en plus fluides.

L'abondance de la sécrétion marque le changement qui se produit dans les réactions du système nerveux de la vie végétative. L'action tonique du vague l'emporte sur celle du sympathique. Au fur et à mesure que les larmes coulent, la sensation d'angoisse disparaît. Le sujet éprouve une sensation de soulagement, de douceur et d'apaisement. Les expressions populaires qui renferment souvent des vérités psychologiques profondes, expriment ce fait d'une façon très imagée : (Laissez pleurer ; s'il pouvait pleurer). Lange insiste sur ce fait que les larmes commencent quand la tristesse décroît et il cite cette phrase de Descartes : « *Lacrimæ non promanant ab extrema tristitia, sed solum a mediocri* ». (Cartesius. De pass. animi. Art. 128). Bien que le problème de l'innervation et du sphincter soit complexe et renferme des données contradictoires on rattache habituellement l'incontinence d'urine à des réactions sympathicotoniques et on considère la polyurie, la pollakiurie et la diarrhée comme répondant à une hypertonie du vague.

Un trouble sphinctérien immédiat peut se reproduire, mais la polyurie et la diarrhée émotive sont nettement secondaires et traduisent encore la réaction du vague.

Un troisième groupe de manifestations physiques montre l'entrée en scène du système nerveux de la vie de relation. On note à la fois des phénomènes d'arrêt-moteur (immobilité,

aspect figé) et des contractions des muscles striées, (faciès dits angoissés).

En réalité, si on analyse ces attitudes, on s'aperçoit qu'elles répondent plutôt à une sorte de diffusion des phénomènes de l'angoisse ; sans doute, il est légitime de les rattacher à cette dernière, mais à la condition de souligner leur caractère secondaire. Il en est de même des mouvements qui peuvent apparaître chez l'angoissé après le choc initial (mouvements désordonnés, tremblements, fuite etc.).

L'angoisse apparaît donc comme étroitement liée à une activité anormale du sympathique. Elle peut s'accompagner de manifestations se produisant dans le domaine du système vague ou du système de la vie de relation, mais ces manifestations sont habituellement secondaires.

L'angoisse peut cependant apparaître comme une réaction secondaire ou sympathique au cours d'un état vagotonique. C'est ce que l'on observe par exemple dans l'asthme.

D'après Hammet et quelques autres auteurs (J. A. M. A., 6 mai 1916) un très grand nombre d'émotions produisent une glycosurie passagère (dans l'heure qui suit).

Derrien a mis en relief la réalité de cette glycosurie émotionnelle qui doit être interprétée comme un phénomène sympathicotonique.

Mais si l'état sympathicotonique paraît répondre au trouble affectif fondamental du syndrome émotionnel, l'intensité même de ces réactions du sympathique ne tarde pas à amener des réactions du système antagoniste. Il s'agit là d'un phénomène de balancement dont la physiologie nous offre de nombreux exemples. Aussi trouverons-nous chez nos malades des réactions de sens différent selon le moment où nous les examinerons.

L'étude du réflexe oculo-cardiaque dans le syndrome émotionnel nous montre que, d'une manière générale, ce réflexe est inversé ou aboli dès le début. (Obs. II, IV, VIII, XX!, XXX). On note ensuite des oscillations dans divers sens. A certains moments le réflexe devient positif ou même s'exagère. (Obs. XXIX). Il redevient normal si le malade guérit (Obs. V), mais

si le déséquilibre nerveux persiste, le déséquilibre vago-sympathique persiste également et se manifeste de diverses manières.

Dans certains cas on se trouve en présence d'une véritable instabilité vago-sympathique. Parfois, la vagotonie ou la sympathicotonie tendent à devenir permanentes.

Sans qu'on puisse formuler aucune règle générale à cet égard, les psychonévroses convulsives, d'après Margarot, s'accompagneraient souvent de réactions hypervagotoniques tandis que les syndromes anxieux se caractériseraient par la permanence de la sympathicotonie.

Il reste à préciser un dernier point.

On sait que les réactions du système nerveux de la vie végétative sont étroitement liées à des troubles des sécrétions internes. La réalisation de manifestations basedowiennes consécutivement aux émotions le prouve, de même que l'hyperémotivité de certaines femmes au moment de leurs règles ou à la ménopause.

Divers faits positifs ont été apportés touchant cette question, mais si intéressant que puisse être le problème soulevé il comporte encore trop d'incertitudes et nous ne pouvons lui faire une large part dans un travail qui est, avant tout, une étude clinique.

Nous rappellerons seulement une notion nettement établie et très caractéristique.

On sait que l'émotion entraîne une suractivité fonctionnelle des capsules surrénales et par suite une sécrétion plus abondante que normalement d'adrénaline. Or l'adrénaline est un des meilleurs réactifs du système sympathique.

On connaît son action sur la circulation. Par la vasoconstriction qu'elle détermine, elle provoque indirectement l'hypertension artérielle, et nous avons relevé celle-ci dans plusieurs observations qui nous ont été communiquées par Margarot et qui n'ont pas figuré dans ce travail. (Obs. XXI).

L'émotivité persistant ou les émotions se répétant jusqu'à réaliser un état d'attente anxieuse, l'hypertension, d'abord purement fonctionnelle et discontinue, tend à devenir perma-

nente. Elle a bientôt pour conséquence une altération des parois vasculaires. L'artério-sclérose se constitue et on comprend alors pourquoi beaucoup de ces malades sont comme vieillis avant l'âge. L'un d'eux (Obs. XXI) rentre nettement dans cette catégorie de sujets.

Nous avons étudié le mécanisme psychologique de la réalisation du syndrome émotionnel. Nous avons vu d'autre part quels étaient les phénomènes accessibles à l'investigation objective. Peut-on établir un lien entre ces deux ordres de faits ?

Nous admettons avec Lopicque que l'émotion entraîne une véritable décharge d'influx nerveux qui « déborde les voies naturelles adaptées pour les réponses usuelles et les réflexes utilitaires. Cette décharge déborde en particulier dans le domaine du pneumogastrique et du sympathique ».

CHAPITRE V

MÉDECINE LÉGALE

Le syndrome émotionnel pose de très importantes questions d'ordre médico-légal. Il n'entre pas dans le cadre de notre étude de les envisager en détail.

1^o le médecin légiste peut être appelé à dire si un sujet qui présente les signes du syndrome émotionnel et qui accomplit des actes graves (refus d'obéissance, désertion), est ou non responsable de ces actes ;

2^o Dans la pratique civile, l'auteur involontaire d'un choc émotif est-il tenu d'indemniser une personne qui présentera consécutivement les manifestations fonctionnelles que nous avons décrites ?

3^o quels sont les droits des militaires, atteints de troubles persistants d'origine émotive, à l'obtention d'une pension de retraite ?

La discussion de ces différents points a donné lieu à de nombreux travaux.

Dans la pratique, on se heurte à de grandes difficultés pour arriver à une solution rigoureusement juste de chaque cas particulier. Aussi a-t-on adopté des règles générales où apparaît plutôt un réel sentiment de bienveillance, d'ailleurs justifié, à l'égard du malade qu'un souci de stricte équité.

Pour ne citer qu'un exemple alors que pendant longtemps on a essayé de déterminer la part exacte du traumatisme émotif dans la genèse des troubles observés, on ne tient compte à l'heure actuelle que du déficit global de la capacité de travail considérée indépendamment de tout état névropathique antérieur.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Les indications thérapeutiques posées par les manifestations cliniques du syndrome émotionnel doivent être étudiées aux différents moments de l'évolution de ce syndrome.

Toutefois, une règle générale domine l'ensemble des prescriptions. On se trouve en présence de malades qui, au point de vue moral, ne doivent jamais être laissés à eux-mêmes. Une psychothérapie particulièrement active doit intervenir à tout instant.

Au combat, c'est déjà de la psychothérapie que fait le chef de section quand il exhorte et rassure les soldats qui montrent une tendance par trop excessive à céder à la peur.

Le médecin auxiliaire dans la tranchée, le médecin de bataillon au poste de secours exercent aussi une action morale décisive.

Il importe, dit Léri, « d'empêcher les hommes de s'abandonner sans réaction à la défaillance de leur propre volonté et de leur énergie et de les empêcher de se suggestionner eux-mêmes. » Nous avons vu en effet que l'émotionné, une fois disparue la cause de son trouble, présente une suggestibilité extrême. Il convient de lui éviter par quelques paroles bienveillantes mais énergiques l'apparition de complications d'ordre pithiatique.

Grâce à cette psychothérapie initiale, on a pu récupérer de nombreux soldats qui, dirigés sur l'intérieur, auraient peut-

être présenté les désordres nerveux les plus graves et les plus tenaces.

A l'action psychique, s'ajoutent des soins destinés à donner à l'émotionné un peu de l'énergie physique qui lui manque. C'est un fatigué, un inerte. Une injection d'huile camphrée pratiquée au poste de secours, l'administration de boissons alcoolisées, contribueront à le remonter.

A l'ambulance ou dans les centres neurologiques d'armée, le traitement moral sera organisé d'une façon plus méthodique. Il ne sera plus instinctif et improvisé comme dans la zone de combat.

Il sera associé à diverses mesures appelées à exercer une contre-suggestion efficace dans le cas où la fixation émotive s'accompagnerait de crises nerveuses ou de phénomènes quelconques d'ordre hystérique. L'isolement, le séjour au lit, au besoin quelques séances de faradisation rendront de réels services. Des douches tièdes, qui sont toniques sans être débilitantes, seront ordonnées.

On n'oubliera pas d'autre part que les manifestations émotionnelles ont pour corollaire habituel des troubles du métabolisme humoral qui font du malade un véritable intoxiqué. Un régime composé de lait, de légumes et d'œufs, réduira au minimum l'apport toxique alimentaire et soulagera par suite d'autant les émonctoires.

Une règle de conduite générale a donné les meilleurs résultats toutes les fois qu'on l'a appliquée. Le renvoi précoce des émotionnés au front après un traitement énergétique a souvent pour eux la valeur d'une véritable vaccination contre leur anaphylaxie émotive. Mais il faut que ce retour au feu s'accomplisse en plusieurs étapes.

A l'intérieur, la gravité des cas de syndromes émotionnels est accrue dans de notables proportions. La raison en est qu'il est extrêmement difficile de soustraire les malades aux influences extérieures et surtout à l'action de leurs proches. Aussi bien, les résultats thérapeutiques sont-ils beaucoup moins constants.

Tous les médecins des centres neuro-psychiâtriques de

région signalent de nombreux insuccès et des déchets considérables. Non seulement la plupart des hospitalisés restent incapables de tout service armé, mais encore ils sont inaptes à exercer un emploi quelconque. Certains même ne peuvent reprendre leur profession d'avant-guerre.

Nous n'envisageons pas, bien entendu, les cas dans lesquels le syndrome émotionnel n'a eu qu'une existence transitoire et n'a fait que préparer l'éclosion d'une psychonévrose spéciale (hystérie, épilepsie, chorée, maladie de Basedow). Ces cas sont justiciables d'une thérapeutique appropriée.

Nous ne voulons parler que des formes graves du syndrome émotionnel dans lesquelles l'intensité du trouble affectif fondamental a exclu du champ de la conscience tout ce qui ne se rapportait pas à l'émotion du début.

Celle-ci a suspendu le cours de presque toutes les fonctions psychiques et cet arrêt, nous l'avons vu, a eu pour conséquence une inertie intellectuelle de plus en plus marquée, se traduisant par une grande fatigabilité cérébrale et par des troubles de la mémoire.

La première est parfois telle que tout effort de pensée devient impossible.

Les seconds consistent au début en lacunes plus ou moins vastes, se rapportant à des incidents oniriques. C'est une sorte d'ensommeillement qui se manifeste par de l'amnésie de fixation.

Avec le temps, le déficit apparaît plus sérieux et nous avons observé dans le service de notre maître, M. le Professeur Mairet, des émotionnés qui avaient oublié à peu près complètement leurs connaissances professionnelles (Obs. x, xvii, xviii).

En présence de symptômes aussi graves, on pourrait croire à une atteinte démentielle et renoncer à tout effort thérapeutique.

L'analyse psychologique nous montre heureusement qu'il s'agit là d'un simple engourdissement des facultés psychiques qui a son origine dans un phénomène de cristallisation

affective. D'autre part, les travaux de MM. Mairet et Durante (1) ont établi que si le syndrome commotionnel traduit des altérations organiques légères du système nerveux, on ne peut en aucun cas déceler la moindre lésion des centres chez les émotionnés. Chez ces derniers, les troubles observés sont purement fonctionnels.

Cette notion, ainsi précisée par l'expérimentation, a servi de point de départ aux recherches psychothérapiques de M. le Professeur Mairet.

Après avoir essayé, sans résultats appréciables, les méthodes couramment employées, il a obtenu les effets les plus salutaires en procédant de la façon suivante : il plaçait le sujet dans le cadre de son ancienne profession. Cela fait, il ne tentait pas de lui réapprendre à fond et à des heures fixes une des parties techniques oubliées de ses occupations antérieures. Il lui conseillait au contraire, de tâcher de se remémorer dans une même séance de rééducation, toutes les notions absentes, et cela pendant un temps très court. Dès qu'apparaissait un peu de fatigue, tout effort devait être interrompu, pour être repris au moment opportun.

Il s'ensuivait une excitation légère mais répétée des groupes de neurones d'association où se trouvaient conservées les mémoires techniques en même temps que les mécanismes associatifs nécessaires à l'accomplissement de chaque occupation.

Progressivement, la fatigue s'atténuait. Les périodes de travail devenaient de plus en plus longues. La mémoire s'améliorait.

Nous avons vu ainsi un comptable, appartenant à un établissement financier, recouvrer progressivement la plupart de ses connaissances spéciales. (Obs. xvii).

Nous rapportons l'observation d'un professeur de l'Université qui a pu, graduellement, se remettre au travail et exercer ses fonctions d'une manière très satisfaisante.

(1) Contribution à l'étude des lésions commotionnelles tardives. — (Réunion médico-chirurgicale de la XVI^e Région, 1918).

OBSERVATION XXXIII.

Syndrome émotionnel.

T..., adjudant, entre dans le service de M. le Professeur Mairat le 3 mars 1917.

Pas d'hérédité.

Le malade, qui a été mobilisé au début de la guerre, a d'abord assez bien supporté les fatigues de la campagne. Il était cependant arrivé à la limite de ses forces physiques, quand, en août 1916, un dépôt de munitions a sauté à une cinquantaine de mètres de sa compagnie. Il a vu flamber les caisses d'obus et s'est enfui, en proie à une violente terreur. Il ne se rappelle pas ce qui s'est passé. Il s'est retrouvé accroupi dans un abri. Au moment de l'explosion, il était en pantoufles. Dans l'abri, il avait des souliers.

Son affolement du début a fait place à une sorte d'indifférence et il a pu rester sur le front.

Mais, au bout de 3 mois, il est devenu faible, nerveux, inquiet. Il souffrait de la tête, ressentait des douleurs dans la colonne vertébrale.

Il a été seul à Cannes et a demandé une prolongation de convalescence.

Envoyé dans le service, on note chez lui des cauchemars avec réveils angoissés. Il ne peut se rendormir. Ses pensées se succèdent sans qu'il puisse les coordonner.

Il est émotif, inquiet pour son avenir. Il existe en lui un sentiment de peur vague.

L'affectivité est conservée.

L'aboulie est très marquée.

Pas de vertiges.

La mémoire d'évocation est bonne, mais la mémoire de fixation est très diminuée.

La fatigue cérébrale est rapide. Le malade ne peut arriver à fixer son attention. Il ne peut se livrer à aucun travail intellectuel. Il souffre aussitôt de la tête. Ses idées se dissocient. Il ne retient rien ou pas grand chose.

Soumis à un double traitement physique et moral, son état s'améliore.

Il est moins aboulie, arrive à travailler plus longtemps.

Dès qu'un sujet le fatigue, il s'arrête et passe à un autre qui l'intéresse davantage.

Il apprend d'abord quelques vers, puis lentement, peu à peu, il arrive, en février 1918, à publier une brochure sur un sujet qu'il connaît bien.

Mis en congé de réforme, il peut reprendre sa classe. Il éprouve d'abord une fatigue énorme, mais il finit par accomplir ses fonctions aussi bien et aussi facilement qu'avant la guerre.

Un pareil résultat nous paraît d'autant plus intéressant qu'il exige la mise en œuvre d'une méthode psychothérapique différente de celle qu'on a coutume d'employer dans les formations de l'avant.

Il est bon d'y adjoindre une médication à la fois tonique et sédatrice du système nerveux, (quinquina, strychnine, acide phosphorique, glycérrophosphates, cacodylate de soude etc...)

L'hydrothérapie est d'un puissant secours. Les bains tièdes ou chauds avec affusions froides sur la tête, les douches générales tièdes, les péviluves chauds donnent les meilleurs effets.

Une formule thérapeutique générale nous semble se dégager actuellement. Elle peut être fixée de la manière suivante :

1° A L'AVANT. — Régime de désintoxication — Psychothérapie courante. Cette dernière n'exige pas de règles spéciales. Elle est inconsciemment pratiquée sur le front par les gradés et par les médecins de régiment.

2° A L'ARRIÈRE. — Il s'agit de cas graves, rebelles au traitement précédent.

Régime de désintoxication associé à une médication nerveuse tonique et à l'hydrothérapie. Psychothérapie spéciale appliquée selon les règles que nous avons indiquées.

BIBLIOGRAPHIE

Année 1866

MOREL. — Du délire émotif. — (Archives générales de médecine).

Année 1890

Paul SÉRIEUX. — Choc nerveux local et hystéro-traumatisme) — (Archives de neurologie. — 2^e série, p. 235).

Année 1891

SOUQUES. — Syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moëlle épinière. — (Th. de Paris).

Année 1892

FÉRÉ. — La Pathologie des émotions.

Année 1893

J. BABINSKI. — Contractures organique et hystérique. — (Soc. méd. des Hôpitaux, 5 mai).

A. BLUM. — De l'hystéro-neurasthénie traumatique. — (Railway-spine). — (Th. de Paris).

Année 1894

DERODE. — Observation d'un cas de névrose traumatique. — (Bulletin de la Soc. de médecine mentale de Belgique, mois de septembre).

Année 1895

WRIGHT. — De l'élément physiologique de l'émotion. — (Brain, été et automne).

SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales. — (Paris).

Année 1896

RIBOT. — La psychologie des sentiments. — (Paris).

Année 1897

PITRES et RÉGIS. — Sémiologie des obsessions et idées fixes. — (Rapport au Congrès de Moscou).

HARTENBERG et VALENTIN. — Le rôle de l'émotion dans la pathogénie et la thérapeutique des aboulies. — (Revue de psychologie clinique et thérapeutique, décembre-janvier 1898).

Année 1898

RAYMOND et P. JANET. — Névroses et Idées fixes. — (Félix Alcan).

Année 1899

Idem. — Neuro-psychose traumatique. — (*The New-York medical journal*, 9 septembre).

SCHAIKEWITSCH. — Cas original de névrose traumatique. — (Obozrénie psichiatrii).

Jules SOURY. — Système nerveux central. — (Masson).

Année 1900

Maurice de FLEURY. — Origine des émotions. — (Société neurologique, séance du 11 janvier).

Année 1901

SERGI. — Les émotions. — (Biblioth. de psycho. expérimentale).

Année 1903

VASCHIDE et MARCHAND. — Contribution à l'étude de la physiologie des émotions à propos d'un cas d'éreutophobie. — (Revue de Psychologie, numéro de juillet).

Gilbert BALLET. — Traité de Pathologie mentale).

Année 1905

H. KELLOG et M.-O. RIVERDALE. — Relations de certains états émotionnels extrêmes avec la folie. — (*The New-York medical journal*).

DUBOIS. — Les Psychoses et leur traitement moral. — (Masson).

Année 1906

F.-M. URBAU. — L'Expression des émotions. — (Etudes psychologiques de Harvard).

Année 1907

ANSELLE. — Conception de l'Hystérie. — (Etude historique et clinique. — (Douin éd., Paris).

Ettore GATINI. — L'Oubli à échéance déterminée ou phénomène de Verdou. — (Naples).

BABISNKI. — Emotion. — Suggestion et Hystérie. — (Société de Neurologie, 4 juillet 1907).

REVAULT D'ALLONNES. — Explication psychologique de l'émotion. — (Journal de Psychologie, nov. et déc.).

Année 1908

- LAIGNEL-LAVASTINE. — Sécrétions internes et Psychoses. — (Presse Médicale, 1^{er} août).
- CORCKET. — Un cas d'amnésie rétrograde générale et totale. — (Ann. Méd. Psych. 9^e série, tome xii, p. 37).

Année 1909

- Charles K. MILLS. — La base organique de l'expression émotionnelle étudiée au moyen de cas de rire et pleurer involontaires. — (American Neurological Association 27-29 mai).
- Léopold LÉVI et Henri de ROTHSCHILD. — Corps thyroïde et Emotions. (Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris. 25 novembre).
- S. Weir MITCHELL. — Ataxie motrice d'origine émotionnelle. — (Journal of nerwus and mental discuse, mai n° 5).
- BABINSKI. — Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques. — (Réunion annuelle de la Société de Neurologie et de la Société de Psychologie, 3-16 décembre 1909).
- William JAMES. — Précis de Psychologie.

Année 1910

- MARGAROT et EUZIÈRE. — Accidents hystériques et épileptiques consécutifs à une émotion chez un enfant de 12 ans. — (Société des Sciences Médicales, Montpellier).
- PIÉRON. — Théorie périphérique des émotions et les expériences de Gimelli. — (Société de Psychologie, 6 mai. Journal de Psychologie, suppl. octobre).
- PIÉRON. — Variations psycho-galvaniques comme phénomène d'expression des émotions. — (Revue de Psychiatrie, décembre 1910).
- Sang FERNANDEZ. — L'Emotion comme facteur pathologique des accidents névropathiques. — (Archives espagnoles de Neurologie, tome i, n° 4, p. 126-129, 21 mai).
- JAROSZINSKI. — Un cas de névrose émotive. — (Société de Neurologie et de psychiatrie de Varsovie, 21 mai).

Année 1911

- DUPRÉ. — La constitution émotive. — (Archives de Neurologie, mai 1911).
- ABUNDO. — Etats névropathiques consécutifs au tremblement de terre du 28 décembre 1908, en Sicile. — (Archives de Neurologie, janvier 1911).

- DUMAS et DELMAS. — Psychose confusionnelle par émotion choc. — (Société de Psychologie de Paris. — Séance du 11 janvier 1911).
- BINET. — Nature des émotions. — (Société de Psychologie, mars 1911).
- LAPICQUE. — Théorie physiologique des émotions. — (Journal de Psychologie normale et pathologique. — Janvier et février 1911).
- HÉSARD. — Aphasie de nature émotive. — (Journal de Psychologie normale et pathologique. — Janvier-février 1911).
- DÉJÉRINE et GAUCKLER. — Les manifestations fonctionnelles des psychoses. — (Même édition 1911).
- LONG. — Les Emotions. — (Alcan).
- REY. — Psychologie.
Travaux de Cannon, de la Paz, Mendenhall, Sholl et Wright. — (American journal of Physiology, de 1911 à 1914. Tomes xxviii, xxiv, xxxiii, xxxiv).

Année 1912

- DEVAUX et DELMAS. — Constitution émotive avec colères pathologiques. — (Société de Psychiatrie, 18 janvier 1911).
- BERNHEIM. — Myélites d'origine émotive. — (Société Psychologique de Paris, 25 avril 1912).
- CHERVIN. — Du rôle de l'émotion. — Pathologie verbale, bégaiement. — (Semaine Médicale, 24 janvier 1912).
- LÉPINE. — Emotion et Epilepsie. — (Lyon Médical, 22 déc. 1912).
- BERNHEIM. — Myélites et Névrites d'origine émotive. — (Revue Médicale de l'Est, 1^{er} novembre 1912).
- PIÉRON. — Questions du mécanisme des variations physiogalvaniques émotives. — (Revue de psychiatrie, sept. 1912).
- MONDIO. — Psychoses observées chez les victimes du sinistre de Messine. — (Annali del Manicomio interprovinciale, An I, fas. I, p. 50-77, Messine 1912).
- PAGANO. — Mécanisme physiologique de l'Emotion. — (Revue de la Pathologie nerveuse et mentale, novembre 1912).
- BABINSKI, DAGNAN, BOUVERET. — Emotion et Hystérie. — (Journal de Psychologie normale et pathologique, mars-avril 1912).
- MARGAROT. — Manifestations hystériques consécutives à une émotion. — Crises hallucinatoires, apparition et disparition successives de délire, mutisme, cécité, paraplégie spasmodique, tympanisme, secousses myocloniques, vertiges d'allure comitiale. — (Société des Sciences Médicales de Montpellier, décembre 1912).

W.-J. SWEANY-POWERS. — Quatre cas intéressants d'états oniriques d'origine émotionnelle. — (The journal of nervous and menal discuse, juin 1912).

Année 1913

DUBOIS. — Rôle de l'émotion dans la genèse des psychopathies. — (Revue Médicale de la Suisse romande, 20 août 1913).

A. RODIET. — De l'influence des émotions dans la genèse de l'attaque d'épilepsie. — (Progrès Médical, 5 juillet 1913).

TIKHOMINOFF. — Du rôle de l'émotion dans la pathogénie de l'épilepsie. — (Revue russe de psychologie expérimentale, mars 1913).

FLEURNOY. — Epilepsie émotionnelle. — (Archives de Psychologie, avril 1913).

Henri AIMÉ. — Myoclonie d'origine émotive. — (Encéphale, 10 octobre 1913).

HALBERSTADT. — Un cas de psychose dégénérative post-émotive. — (Revue de Psychiatrie, avril 1913).

RÉMOND et SAUVAGE. — Emotions et Endocrines. — Société de Psychiatrie, février 1913).

J. ROUX. — Les névroses post-traumatiques, hystérie, neurasthénie, sinistroses. — (Actualités Médicales, Baillière, Paris, 1913).

MARGAROT et MAIRET. — Dégénérescence mentale et hystérie. — (Encéphale 1913).

MARGAROT. — Dégénérescence mentale. Hystérie et Epilepsie. — (Société des Sciences Médicales de Montpellier, 1913).

MARGAROT et BLANCHARD. — Chorée héréditaire de Huntington, apparue à l'occasion d'une émotion. — (Société des Sciences Médicales de Montpellier, 1913).

MARGAROT et BLANCHARD. — Chorée chronique d'origine émotive. — Société des Sciences Médicales de Montpellier, 1913).

MARGAROT et BLANCHARD. — Neurasthénie d'origine émotive — (Société des Sciences Médicales de Montpellier, 1913).

MARGAROT et BLANCHARD. — Asthme consécutif à une émotion chez un enfant de 10 ans. — (Société des Sciences Médicales de Montpellier).

Année 1914

DÉJÉRINE. — Sémiologie des affections du système nerveux. — (Paris).

HESNARD. — Troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales. — (Revue de Psychologie, avril 1914).

- DÉJERINE et GASCUEL. — Un cas de tachycardie permanente d'origine émotive. — (Société de Neurologie, 3 déc. 1914).
- SOLLIER. — Impotence fonctionnelle d'origine nerveuse chez les blessés de guerre. — (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 14 déc. 1914).
- MAUCLAIRE. — Troubles moteurs d'origine psychique chez les blessés. — (Société de Chirurgie, 2 déc. 1914).
- BARAT. — Une fugue confusionnelle en temps de guerre. — (*Journal de Psychologie*, nov.-déc. 1914).
- BERGSON. — Essai sur les données immédiates de la conscience. (15^e édition).

Année 1915

- MAIRET et PIÉRON. — Le syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre. — (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1^{er}, 15 et 22 juin).
- GRASSET. — Les symptômes atopiques à développement tardif dans les traumatismes crânio-cérébraux. — Montpellier Médical, 3 juin).
- DÉJERINE. — Discussion générale sur les troubles nerveux dits fonctionnels observés pendant la guerre. — (Société de Neurologie, 18 fév. 4 mars 1915).
- GRASSET. — Les Psychoses de guerre. — (Presse Médicale, 1^{er} avril 1915).
- GRUNTZHAMDLER et INDELSON. — Contribution à l'étude des troubles sensitivo-moteurs hystéro-traumatiques observés à l'occasion de la guerre. — (Thèse, Paris 1915).
- G. ROUSSY. — A propos de quelques troubles nerveux psychiques observés à l'occasion de la guerre. — Hystérie traumatique simulatrice. — (Presse Médicale, 8 avril).
- Id. — Troubles nerveux psychiques de guerre, à propos d'un récent article du Professeur Grasset. — Presse Médicale, 29 avril).
- G. BALLET. — Note sur la relation des tremblements et des états émotionnels. Le tremblement envisagé en tant qu'expression mimique de la frayeur. — (Société de Neurologie, 4 nov. 1915).
- Id. — Travaux des Centres neurologiques militaires. — (Revue Neurologique, nov.-déc. 1915).
- CLAUDE et PORAK. — Les troubles de la motilité dans les psychonévroses du type hystérique. — (Société de Biologie, 20 nov. 1915).
- RÉGIS. — Les troubles psychiques et névro-psychiques de guerre. (Presse Médicale, 27 mai 1915).

- ROUSSY. — A propos de quelques troubles nerveux psychiques. — (Presse Médicale, 8 avril 1915).
- Id. Troubles nerveux psychiques de guerre. — (Revue Médicale, 29 avril 1915).
- DÉJÉRINE. — Paraplégie fonctionnelle d'origine émotive. — (Société de Neurologie, fév. 1915).
(*Revue Neurologique*. — Neurologie de guerre, mai-juin 1915, nov.-déc. 1915).
- ROGUES DE FURSAC. — Un cas d'émotivité morbide chez un militaire. — (Société de Neurologie, 23 juillet 1915).
- BOSCHI et BERMATI. — L'Aura neuro psychique. — (Journal de psychologie clinique, 1915-16).
- CROUZON. — Cécité temporaire provoquée par un éclatement d'obus à proximité. — (Bulletins et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris, 22 janvier 1915).
- LEGUEN. — De l'incontinence d'urine et des psychoses vésicales chez les combattants. — (Bulletin de l'Académie de Médecine, mars 1915).
- S. A. SOUKHANOFF. — Des psychoses traumatiques de guerre. — (Association des médecins de l'hôpital de N. D. des Affligés. Pétrograd, avril 1915).
- ROUSSY. — Surdi-mutité par éclat d'obus chez trois zouaves. — (Société de neurologie, 7 janvier 1915).
- GHERVER. — Troubles psychiques au théâtre de la guerre. — (Journal de Médecine Russe, 1915, nos 34 et 36).
- GALLIARD. — Tachypnée hystérique chez un militaire. — (Société médicale des hôpitaux de Paris, 30 décembre 1915).
- L. SPILLMANN. — Psychoses et psychonévroses de guerre. — (Comptes-rendus de la Soc. de Méd. de Nancy, (28 juillet).
- Paul SOLLIER et CHARTIER. — La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. — (Paris-Médical, 23 Oct.).
- P. CHAVIGNY. — Psychiatrie aux Armées. — (Idem).
- Georges GUILLAIN. — Un syndrome consécutif à l'éclatement de gros projectiles sans plaie extérieure. — (Réunion médicale de la VI^e Armée, 4 novembre).
- David FORSYTH. — The Lancet. — (25 décembre).
- WYROUBOW. — Psychonévroses traumatiques. — (Moscou).

Année 1916

- LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Troubles de la marche consécutifs aux émotions et commotions de guerre. — (Paris Médical, 2 sept. 1916).

- BENON. — Les maladies mentales et nerveuses de la guerre. — (Revue neurologique, page 210, tome I).
- CLAUDE, DIDE et LEJONNE. — Psychoses hystéro-émotives de la guerre. — (Paris Médical, 2 sept. 1916) (*Revue neurologique*, avril-mai-juin-novembre et déc.)
- A. VINCENT. — Sur les accidents nerveux déterminés par la déflagration de fortes charges d'explosifs. — (Société de neurologie, séance 6 et 7 avril 1916).
- Gilbert BALLET et Rogues de FURSAC. — Les Psychoses commotionnelles. — (Paris Médical, janvier 1916).
- G. GUILLAIN. — A propos d'un cas d'astasia-abasia trépidante. — (Réunion médicale de la VI^e Armée, janvier 1916).
- André GILLES. — Etude sur certains cas de neurasthénie. — (Annales médico-psychologiques, avril-juillet 1916).
- RÉNON. — L'angoisse de guerre et son traitement. — (Bulletin médical, 22 janvier).
- Léon BÉRARD. — La maladie de Basedow et la guerre. — (Bulletin de l'Académie de médecine, 26 nov.).
- Ch.-Albert CORDIER. — Les états psychasthéniques frustes et la guerre. — (Thèse de Lyon).
- MAIRET et PIÉRON. — De la différenciation des symptômes commotionnels et des symptômes atopiques dans les traumatismes cranio-cérébraux. — (Montpellier Médical, 1^{er} septembre).
- Roger DUPOUY. — Notes sur les commotions cérébro-médullaires par explosion d'obus sans plaie extérieure. — (Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux. — (29 oct. 1915). — (Presse médicale, 3 fév. 1916).
- J. LÉPINE. — La commotion des centres nerveux par explosion. — (Bulletin de l'Acad. de médecine, 4 juillet).
- BONHOMME et NORDMAN. — Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale. — (Soc. médico-psychol., 17 juillet. — (Ann. Méd. Psycho., oct.).
- H. ROGER. — Le choc nerveux. — (Presse médicale, 20 nov.).
- Raymond MALLET. — Etats anxieux. — (Réunion médicale de la IV^e Armée, juin).
- du même — Troubles d'origine émotive chez le combattant. — (28 janvier).

Année 1917

- Rogues de FURSAC. — Manuel de Psychiatrie. — (Alcan, édit.).
- MAIRET et PIÉRON. — Le syndrome émotionnel. Sa différenciation du syndrome commotionnel. — (Montpellier Médical, 1^{er} mars 1917).

- BABINSKI et FROMENT. — Hystérie — Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. — (Masson, éditeur).
- LÉPINE. — Troubles mentaux de guerre. — (Masson, id. 1917).
- ROUSSY et LHERMITE. — Psychoses de guerre. — (Masson, id. 1917).
- DÉVAUX et LOGRE. — Les anxieux. — (Paris, 1917).
- MALLET. — Etats confusionnels et anxieux chez les combattants. — (Annales méd. psychologiques, janvier 1917).
- Id. — Fugue et délire. — (Ann. méd., Psycht. juillet, 1917).
- MANAUD. — Influence du milieu et des événements de guerre sur l'état nerveux et mental des combattants. — (Revue médicale de méd. et chirurgie, février, 1917).
(*Revue neurologique*, juin-octobre-novembre-décembre 1917).
- LÉRI. — Commotions et Emotions de guerre. — (Masson).
- CLUNET. — Effets immédiats de l'émotion sur le système nerveux en dehors de toute commotion. — (Société de neurologie, janvier 1917).
- DESCOMPS-EUZIÈRE-SAUVAGE-GUIRAUD. — Trois observations de troubles mentaux développés par choc émotionnel. — (Société de neurologie, déc. 1917).
- MORSELLI. — Syndromes émotifs de guerre. — (Revue de pathologie nerveuse et mentale, juillet 1917).
- GIACOMO PIGHINI. — Considérations pathogéniques sur les psychoses émotives de guerre. — (Il Policlinico, juin 1917).
- HUROT. — Observations sur l'émotion et le traitement des névroses de guerre. — (British médical journal, 29 sept. 1917).
- JOLTRAIN. — Considérations sur l'action du choc émotif. — (Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris, mars 1917).
- GRASSET. — Les grands types cliniques des psychonévroses de guerre. — (Réunion médico-chirurgicale de la 16^e région, 27 janvier).
- BRIAND et Jean PHILIPPE. — Un cas de bégaiement paroxystique d'origine émotionnelle. — (Progrès médical, août).
- Mme Inna ROSANOFF SALOFF. — Camptocormie-Plicature vertébrale. — (Th. de Paris).
- LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Syndromes psychasthéniques consécutifs aux émotions de guerre. — (Société médico-psychol., 26 mars).
- BERNHEIM. — Névroses-Psychoses-Hystérie. — (Progrès médical, octobre).

Année 1918

- MAIRET et PIÉRON. — Du signe de l'irritation trigémino-occipitale chez les émotionnés. — (Montpellier).
(*Revue neurologique*, mai-juin-nov.-déc. 1918).
- Maurice DIDE. — Les émotions et la guerre. — (Alcan, 1918).
- BENON et LUNEAU. — Psychoses de guerre et considérations médico-légales. — (*Rev. Neuro.*, mai-juin).
- H. DAMAYE. — Les neurasthénies de la guerre. — (*Progrès médical*, mai).
- Maurice de FLEURY. — Deux cas de psychonévrose émotive. — (*Bulletin de l'Académie de médecine*, février).
- VOIVENEL. — La peur morbide chez les combattants. — (*Soc. de médecine légale*, mars).
- DUPRÉ et LOGRE. — Emotion et Commotion. — (*Revue scientifique*, 2-9 novembre).

Année 1919

- EUZIÈRE et MARGAROT. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux. — (*Gazette des hôpitaux*, 19 juin).
- MARGAROT. — De l'angoisse considérée comme la traduction subjective d'un état sympathicotonique. — (*Acad. des Sciences et Lettres de Montpellier*),
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

	PAGES
HISTORIQUE.....	9

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — Manifestations appartenant en propre à l'émotion :	
1 ^o Faits cliniques.....	21
2 ^o Description clinique.....	49
CHAPITRE II. — Syndrome émotionnel consécutif à de petites émotions répétées.....	61
CHAPITRE III. — I. Psychonévroses et maladies nerveuses diverses greffées sur le syndrome émotionnel :	
A. — Hystérie	65
B. — Epilepsie.....	73
C. — Psychonévroses diverses d'origine émotive.	76
II. Syndromes émotionnel et commotionnel associés...	81
CHAPITRE IV. — Pathogénie et physiologie pathologique.	85
CHAPITRE V. — Médecine légale	94
CHAPITRE VI. — Traitement.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	101
SERMENT.....	111
